

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 104

LA VOIE VAGINALE
DANS LA
CURE OPÉRATOIRE DES FISTULES
VÉSICO-VAGINALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 12 mars 1930

PAR

Jean-René PINSAN

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE STRASBOURG
CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Né à BARSAC (Gironde), le 7 septembre 1899.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		DUVERGEY, professeur.....	Juges.
		PERY, agrégé.....	
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 104

LA VOIE VAGINALE

DANS LA

CURE OPÉRATOIRE DES FISTULES

VÉSICO-VAGINALES



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 12 mars 1930

PAR

Jean-René PINSAN

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE STRASBOURG

CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Né à BARSAC (Gironde), le 7 septembre 1899.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	{	Président.
		DUVERGEY, professeur.....		Juges.
		PERY, agrégé		
		CHARRIER, agrégé		

BORDEAUX

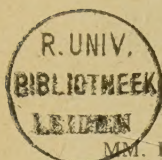
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX



M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurq. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BELLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie), MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CRÉYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	N.
id.....	AUBERTIN.	Ophthalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.....	N.
Accouchements.....	PERY.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophthalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE — A MA MERE

En témoignage de profonde reconnaissance et de tendresse filiale.

A MON PARRAIN — A MA MARRAINE

Pour toute l'affection dont ils m'ont entouré.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE REEB

Professeur de clinique gynécologique.

Auquel nous gardons une profonde reconnaissance pour la grande bienveillance dont il nous a honoré.

Il nous a fait comprendre tout l'intérêt des indications précises et d'un diagnostic raisonné en thérapeutique gynécologique. Il nous a montré tout ce que l'on peut attendre d'une technique bien réglée. Nous garderons de ses précieux enseignements un souvenir durable et vivant.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ALBERT STOLZ

*Professeur de clinique chirurgicale,
chevalier de la Légion d'honneur.*

Nous lui devons une très grande part de
notre formation technique, à laquelle il a
présidé avec une sollicitude que nous ne
pourrons oublier.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RENÉ LERICHE

*Professeur de clinique chirurgicale,
officier de la Légion d'honneur.*

Pendant l'année d'internat que nous
avons passée dans son service, il nous
a initié aux principes de la chirurgie.
Qu'il soit assuré de notre gratitude et
de notre respectueuse admiration.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PHILIPPE BELLOCQ

Qui nous a accueilli dans son labo-
ratoire, nous a fait collaborer à son en-
seignement et nous a fait bénéficier de
ses conceptions anatomiques si claires.
Nous ne saurions assez le remercier de
son inépuisable bienveillance et nous
sommes heureux de l'assurer de notre
respectueux attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PROSPER MERKLEN

*Professeur de clinique médicale,
chevalier de la Légion d'honneur.*

Pour tout l'intérêt qu'il nous a porté
pendant et après notre internat.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ BOECKEL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALFRED WEISS

Qui s'est montré pour nous un véritable ami.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JULES KREIS

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOSEPH GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

LA VOIE VAGINALE

DANS LA

CURE OPÉRATOIRE DES FISTULES

VÉSICO-VAGINALES

INTRODUCTION

Les fistules vésico-vaginales, peut-être parce qu'elles sont un des chapitres de la chirurgie où la technique tient la plus grande place, ont fait couler beaucoup d'encre; leur traitement a été longtemps décevant, bien qu'elles fussent observées depuis la plus haute antiquité; on a discuté ferme sur les meilleurs procédés opératoires à leur opposer. C'est dire qu'elles ont été le sujet de nombreuses thèses et de plus nombreuses monographies et communications.

Aujourd'hui, l'on discute encore sur les voies d'accès, qui ont chacune leurs partisans, et chaque année quelques variantes aux procédés classiques sont publiées. Il n'en reste pas moins que les points importants de la thérapeutique sont désormais fixés; aussi n'avons-nous pas l'intention de nous attaquer à l'étude complète de ces fistules, ni de rappeler tout ce qui a été dit ou écrit à leur sujet. Notre travail a des visées plus modestes; à l'instigation de notre Maître, le Professeur Reeb, nous avons colligé toutes les observations de fistules vésico-vaginales qui ont été opérées à la clinique gyné-

cologique de la Faculté de médecine de Strasbourg par les divers titulaires qui se sont succédé dans cette chaire depuis 1900 : les Professeurs Fehling, Schickelé, Reeb, ou leurs collaborateurs.

C'est donc la statistique intégrale d'une Ecole que nous apportons, et nous croyons que ce caractère lui confère un certain intérêt, car dans l'appréciation d'actes chirurgicaux complexes, les habitudes, le tempérament, l'habileté des opérateurs, jouent un grand rôle, ce qui enlève beaucoup de leur valeur aux matériaux provenant de sources éparses et trop nombreuses. La très grande majorité de ces 34 observations n'ont jamais été publiées.

D'autre part, toutes ces interventions, sauf une, ont emprunté la voie vaginale, ce qui permet de mieux se rendre compte de ce qu'on peut attendre de cette dernière, systématiquement appliquée; ainsi peut se justifier le titre de notre travail.

Il nous a paru que, dans le cadre des fistules vésico-vaginales, devaient rentrer les fistules vésico-utérines et urétro-vaginales. Nous rapporterons, mais sans insister, des observations de cette dernière variété. Par contre, nous avons laissé de côté toutes les observations de fistules urétéro-vaginales qui s'éloignent de notre sujet sur le chapitre le plus intéressant, celui de la thérapeutique chirurgicale.

Après avoir résumé rapidement les différentes étapes parcourues par la chirurgie dans le traitement des fistules vésico-vaginales, nous rappellerons les caractères étiologiques, anatomiques et symptomatologiques de celles-ci, pour nous arrêter plus longtemps sur les différentes ressources de la voie vaginale; nous essaierons de les opposer à celles que l'on peut attendre de la voie haute, et, avant de conclure, nous rapporterons les 34 observations, classées d'après les procédés employés.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La première idée de la coaptation des bords de la fistule semble due à Ambroise Paré, qui en avait proposé la fermeture, à l'aide d'un « rétinaculum », en 1570.

Jusqu'en 1660, les auteurs de l'époque négligent complètement cette question. A cette date, von Roonhuyzen imagine la suture, précédée de l'avivement des bords, et, en 1669, un Wurtembergeois, Christ Wolter, met cette idée en pratique.

Mais tous les essais de ce genre se soldent par des échecs. Aussi, découragés, les auteurs du *xviii*^e siècle n'interviennent-ils plus et retournent à l'emploi d'appareils et d'expédients divers, urinal, trou d'enfer de G.-L. Petit (1790), sonde à demeure, combinée au tamponnement permanent du vagin (Desault, Chopart), etc.

La médiocrité de ces palliatifs incite les chirurgiens du début du *xix*^e siècle à de nouveaux tâtonnements. Dupuytren, Cloquet, Delpech, cautérisent au fer rouge les bords de la fistule, qu'ils ne réussissent guère ainsi qu'à agrandir. Les sutures tentées par Lallemand, Noegelé et quelques autres échouent. En 1824, le même Lallemand, de Montpellier, imagine une sonde érigne, qu'il fixe sur la fistule, préalablement avivée par cautérisation superficielle; Laugier, Dupuytren, Récamier emploient une érigne double.

En 1826, s'ouvre la période si féconde des autoplasties. Jobert de Lamballe émit l'idée que les fistules vésico-vaginales pourraient être fermées par la méthode autoplastique, comme on avait réussi à fermer l'intestin, avec un lambeau épiploïque.

Sa première élytroplastie date de 1834; elle échoue. Mais la seconde est un succès. Dès 1839, Hayward, de Boston, exécute le décollement des lames vaginale et vésicale, préconisé par Dieffenbach, et, cinq ans plus tard, Jobert décrit l'autoplastie vaginale par locomotion, par glissement, en insistant sur les avantages que procurent les incisions libératrices, voire la désinsertion du vagin au niveau du col, en diminuant la tension des tissus.

Entre temps, en 1842, Vidal de Cassis imagine le premier des procédés indirects : l'épisiorrhaphie.

C'est alors que le traitement des fistules subit des mains de Marion Sims un nouvel et considérable essor; la méthode de l'avivement, dite américaine, est importée en Europe par son élève Bozeman. Grâce à l'anesthésie, à un outillage perfectionné, à des soins préopératoires minutieux, le pourcentage des succès s'accroît notablement. Marion Sims montre les avantages des fils d'argent, qui n'entretiennent pas la suppuration, et de l'avivement en cuvette, qui coapte des surfaces, et non des bords. Il règle également les soins postopératoires et préconise la position latérale de l'opérée qui porte son nom. Bozeman fait triompher les doctrines de son maître dans tous les pays d'Europe.

Si la contribution de Marion Sims reste une des étapes capitales dans l'histoire du traitement des fistules vésico-vaginales et si l'on ne saurait trop louer son ingéniosité et sa ténacité, sa méthode de l'avivement infundibuliforme devait néanmoins perdre peu à peu du terrain et presque disparaître devant celle du dédoublement, remise en honneur par Duboué, de Pau, à la Société de chirurgie, en 1863, et reprise par Sängér, Fritsch, en Allemagne; par Fomenoff en Russie, et par Ricard, en France. Ce dernier procédé du dédoublement devait subir des améliorations successives; alors que Ricard et Bazy conseillaient de fermer en un seul plan vaginal, en laissant les lambeaux vésicaux se cicatriser spontanément, Quénu, Walther, Doyen, Bégouin, concluaient à la supériorité de la fermeture en deux plans, vésical et vaginal. Cazamayor, puis Rastouil, portent certaines modifications au mode de suture.

En 1899, Braquehayé décrit au Congrès de chirurgie le procédé mixte, dit « à collerette vaginale », d'ailleurs déjà décrit en 1893 par Ferguson, de Chicago, et en 1897 par Stanmore Bishop, de Londres.

Dès 1862, les fistules qui, pour une raison quelconque, ne pouvaient bénéficier d'une intervention réparatrice étaient traitées par le colpocléisis, exécuté à cette date par Simon, de Rostock.

Des modifications de détail sont apportées par divers auteurs aux environs de 1900. Richelot se déclare partisan du cathétérisme intermittent contre la sonde à demeure. Depage propose de donner à l'opérée la position qui porte son nom : position ventrale, tête et membres inférieurs pendants de part et d'autre du bassin élevé, sacrum vers le haut. Michaux imagine pour certaines fistules hautes la voie ischio-rectale.

Tous les procédés que nous avons signalés empruntent la voie basse. Avec les progrès de l'asepsie et le nombre toujours croissant de laparotomies, l'idée devait naître d'attaquer les fistules par voie sus-pubienne. Trendelenburg, le 12 mars 1881, fait pour une fistule adhérente à la symphyse sa première opération transvésicale, qui échoue; une seconde tentative, en 1884, a le même sort, mais les trois suivantes sont couronnées de succès. En 1894, Pousson introduit en France l'opération de Trendelenburg, défendue depuis par les urologistes, dont Marion, Chevassu. En 1908, le premier en France, Surin, de Lyon, insiste sur l'utilité de la cystoscopie, qui permet de se rendre un compte exact de ce facteur si important pour le choix du procédé que constitue l'état de la vessie.

Les difficultés de la voie transvésicale, lorsque le réservoir urinaire est rétracté, amènent un chirurgien de Cologne, Bardenheuer, à proposer l'opération sous-péritonéale, qui a été abandonnée, et un chirurgien de Vienne, Dittel, a créé en 1893 la voie transpéritonéale, en cherchant à suturer séparément le vagin et la vessie, après incision du cul-de-sac vésico-utérin. Forgue reprend cette opération en 1904, mais avoue

ses réelles difficultés. Pour diminuer celles-ci, Pollosson propose, en 1908, de détruire les adhérences fistuleuses par laparotomie, puis de reprendre les sutures par le vagin. La libération préalable des adhérences avait été tentée déjà par Schauta, qui les détachait à la rugine à travers des incisions menées en dehors des grandes lèvres, et par Bumm, qui les mobilisait par une incision menée de la symphyse pubienne au clitoris.

Quelques années avant la guerre, Küstner publie une série de fistules cervico-vésicales guéries par un procédé qu'il décrit sous le nom de » *plastische Verwendung der portio supravaginalis* », et dans lequel on se sert du col séparé de la vessie pour obturer la brèche, après avoir descendu au maximum l'utérus. Ce procédé fut quelque peu modifié par Füth, de Cologne.

Un peu plus tard, peu avant la guerre, Legueu crée pour les fistules postopératoires, qui causent de grosses difficultés par l'absence du col et la fixité habituelle des bords de la fistule, la voie transpéritonéo-vaginale, qui donne beaucoup de jour par l'incision de la face postérieure de la vessie jusqu'au vagin.

Depuis lors, il n'a pas été mis au jour; à proprement parler, de méthodes nouvelles, mais de nombreuses variantes, portant sur tel ou tel point de la technique, ont été publiées; des essais de plus en plus audacieux ont été exécutés. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Les causes efficientes des fistules vésico-vaginales se réduisent en réalité à deux : traumatiques, ce terme étant pris dans le sens large (traumatismes accidentels, opératoires, compressions prolongées, etc.), et pathologiques, moins fréquentes (abcès, envahissement par une tumeur, etc.).

Pratiquement, et pour plus de clarté, on peut les diviser en quatre groupes :

1° *Fistules obstétricales*, qui réunissaient autrefois la presque totalité des cas, et qui sont devenues de plus en plus rares à mesure que l'éducation des médecins, des sages-femmes et du public a progressé. Nous en avons cependant retrouvé treize cas dans les archives de la clinique depuis 1900.

Quatre se sont produites consécutivement à des accouchements spontanés, mais de durée anormalement longue; le mécanisme de la compression par la tête fœtale est trop connu pour qu'il soit utile de le rappeler. Quatre fois, il avait été fait une ou plusieurs applications hautes de forceps, au détroit supérieur, comme on les pratiquait encore il y a quelques années. Dans les cinq derniers cas, nous trouvons trois basiotripsies, une version et une symphyséotomie.

Il semble qu'aucune de ces fistules ne se produirait de nos jours, où l'on ne laisserait plus traîner ainsi dangereusement le travail et où on aurait terminé dans la plupart des cas par la section césarienne basse ;

2° *Fistules opératoires*. — Les progrès de la technique ont

également réduit les fistules de ce groupe, mais dans une proportion moindre.

Nous éliminons les fistules créées dans un but thérapeutique (taille vaginale, d'ailleurs abandonnée) pour ne retenir que celles qui constituent un accident fâcheux.

Seize de nos cas rentrent dans cette catégorie : neuf relèvent de la voie basse et sept de la voie haute. Des neuf premières, six sont consécutives à des hystérectomies vaginales élargies, telles qu'on les pratiquait couramment dans les douze premières années de ce siècle; une a suivi une hystérectomie vaginale pour fibrome, une autre une hystérectomie vaginale avec colpopérinéorraphie pour prolapsus, et la dernière, enfin, est venue compliquer une extirpation basse pour interruption de grossesse dans un cas de tuberculose pulmonaire, procédé aujourd'hui justement délaissé.

Le second groupe se répartit ainsi : cinq fistules après Wertheim, une après hystérectomie totale, pour fibrome en partie intraligamentaire, et une autre après césarienne basse.

Pour beaucoup de ces fistules, le protocole opératoire nous manque. Certaines, les moins fréquentes, semble-t-il, ont suivi la blessure du réservoir urinaire, malgré la suture pratiquée aussitôt l'accident reconnu. Récemment, un auteur allemand, Maïss, a soutenu que la suture immédiate de la vessie n'a jamais laissé après elle de fistule; cette affirmation est controuvée par plusieurs observations indiscutables. Cependant la majorité de nos fistules opératoires n'ont été soupçonnées que plusieurs jours (huit à dix en moyenne) après l'intervention, et doivent être rapportées à la nécrose de la région du trigone ou du bas-fond. Cette portion a sensiblement la même irrigation sanguine que la paroi vaginale correspondante, et qui est commandée par les vésicales inférieures, d'une part, d'autre part et surtout par les vésicovaginales venant de la crosse de l'utérine. Ces notions anatomiques expliquent la plus grande fréquence des fistules, à côté des lésions directes, dans le Wertheim, où la vessie est

très largement décollée et où les utérines sont liées à leur origine, et dans l'hystérectomie vaginale, où plusieurs ligatures étagées sont placées sur ces artères et risquent de comprendre les branches vésico-vaginales.

Dans une observation publiée à la Société de chirurgie de Marseille, Acquaviva a incriminé la présence d'un drain, après hystérectomie totale. A la Société d'obstétrique et de gynécologie de Toulouse, Fournier et Gay ont rapporté une observation de fistule consécutive à un Porro ;

3° *Fistules pathologiques.* — L'envahissement de la vessie par un cancer du col utérin est un phénomène tardif, et la fistule qui peut en résulter n'a aucun intérêt thérapeutique.

Un phlegmon péri-utérin peut s'ouvrir dans la vessie en même temps que dans le vagin. On a signalé la tuberculose comme cause possible, de même que certaines vaginites ulcéreuses ou gangréneuses au cours de maladies infectieuses : diphtérie, variole, typhoïde. Une gomme de la cloison vésico-vaginale qui s'abcède peut avoir le même résultat, mais c'est une rareté.

Une de nos fistules uréthro-vaginales (Obs. XXVII) était due à un abcès sous-urétral dont l'origine n'a pu être établie. Il y a quelques mois, nous avons observé un cas semblable, mais la malade a refusé l'intervention ultérieure qui avait été proposée ;

4° *Fistules traumatiques.* — Les traumatismes accidentels : chute sur un corps pointu pénétrant dans le vagin, action directe d'un corps vulnérant, sont rarement en cause. Notre observation V en est un bel exemple. Sfameni en a publié deux cas en 1911 : celui d'une femme blessée par un coup de couteau qui avait traversé la cloison vésico-vaginale, en passant par l'orifice vulvaire, et celui d'une jeune fille frappée par derrière d'un coup de stylet, dont la lame avait déchiré l'anus avant d'aller se ficher dans la vessie.

Le coït brutal est un facteur souvent noté dans les pays du proche Orient, beaucoup plus rarement dans nos régions.

Néanmoins, Churchill, Deroubaix, Billroth en ont rapporté des exemples.

Une fistule peut être créée au cours d'un avortement criminel pratiqué par une main ignorante. Nous pouvons admettre que les choses se sont passées ainsi chez la femme de l'observation XXII, malgré ses dénégations.

Les corps étrangers à l'action mécanique desquels se surajoutent, là comme ailleurs, des phénomènes inflammatoires, sont susceptibles d'entraîner une perforation vésico-vaginale; ainsi les pessaires enclavés, les calculs de la vessie. Dans notre observation IV, le corps du délit était une épingle à cheveux, à une des extrémités de laquelle s'était formé un calcul.

Les agents physiques, par leur action destructive sur les tissus, peuvent être la cause de fistules, si les conditions de pose, de filtrage, de durée d'application sont incorrectes. Dans notre observation XIII, une pose de radium de six jours, avec cinquante et une millicuries détruites, avait été suivie d'une escarre, dont la chute mit vessie et vagin en communication. Les cas de ce genre sont assez nombreux, mais le deviennent de moins en moins. Un des plus curieux est celui que Max Cheval a rapporté en 1925 à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Bruxelles, où une fistule s'était déclarée quarante-huit heures après le début d'une application vaginale de radium, application correcte d'après son auteur.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On peut admettre avec Michaux que les fistules du tiers moyen du vagin, ou fistules basses, correspondent au trigone vésical; tandis que les fistules du tiers supérieur, ou fistules hautes, correspondent au bas-fond. Les premières avoisinent souvent de très près les uretères, ce qui implique une menace sérieuse pendant les manœuvres de dédoublement et lors des sutures; ce sont les fistules vésico-vaginales proprement dites. Les secondes sont dites juxta-cervicales, leur bord supérieur empiétant plus ou moins sur le col de l'utérus. Si la lèvre antérieure de celui-ci est détruite, mettant la vessie en communication avec la cavité cervicale largement béante, les fistules sont dites juxta-cervicales profondes, ou encore cervico-vésico-vaginales; elles reconnaissent presque toujours une origine obstétricale. Elles siègent sur la ligne médiane. Celles qui répondent à une autre étiologie (opératoire, pathologique, traumatique) sont souvent latérales. Dans nos observations, seize fois l'orifice fistuleux était exactement médian, treize fois près de la ligne médiane, cinq fois seulement franchement latéral.

Les *dimensions* sont très variables, d'un pertuis invisible à la disparition presque complète de la cloison vésico-vaginale, et formation de ce que l'on a appelé le cloaque uro-génital, éventualité extrême et heureusement fort rare.

Le *nombre* des fistules est rarement élevé; le plus souvent, la perte de substance est unique. Nous n'avons que deux observations de fistule double et une de fistule triple. Il faut

d'ailleurs remarquer que cette multiplicité n'est souvent qu'apparente, c'est-à-dire secondaire, par suite du cloisonnement progressif d'une large fistule primitivement unique.

La *forme* est généralement arrondie ou ovalaire, mais il n'est pas exceptionnel de rencontrer de grandes irrégularités de contour, qui compliquent quelque peu la cure opératoire.

Beaucoup plus intéressantes pratiquement que les constatations précédentes sont celles qui relèvent de *l'état anatomique des tissus environnants et les modifications des organes voisins* : vessie, vagin, vulve, etc.

Si la fistule est très récente, on peut voir les deux muqueuses, vésicale et vaginale, se continuer sans épaissement. Mais rapidement une zone intermédiaire de tissu cicatriciel se constitue, les bords s'indurent, se cartonnent. En général, la muqueuse vaginale se replie du côté de la vessie, cachant la muqueuse de cet organe : c'est l'aspect qui a été le plus fréquemment noté dans nos observations. Ce n'est que dans les premières semaines qu'il est parfois donné d'apercevoir la muqueuse vésicale faisant hernie dans la lumière du vagin.

L'induration ne reste pas limitée aux bords de la fistule ; la muqueuse environnante est, elle aussi, infiltrée plus ou moins loin, et de cette infiltration de la cloison vésico-vaginale, de son étendue, dépendent pour une bonne part les chances de succès de l'intervention. Cette infiltration, beaucoup plus que des dimensions de la fistule, relève de la cause de celle-ci, de son ancienneté, de l'existence et de la durée des phénomènes infectieux. L'état antérieur des tissus joue naturellement un rôle important.

Le *vagin* est souvent indemne dans les cas récents, en dehors d'une légère irritation, due au contact plus ou moins permanent de l'urine. Si cette irritation est continue, de petites ulcérations se creusent et, en se cicatrisant, donnent naissance à des brides ou à des diverticules, au fond desquels, à la faveur de la stagnation de l'urine, peuvent se précipiter des

calculs. Une sclérose plus ou moins large du conduit vaginal est l'aboutissant normal de ce processus.

A côté de ces lésions, il y en a d'autres, contemporaines de la fistule et presque toujours d'origine obstétricale: déchirures du col qui se prolongent sur les culs-de-sac vaginaux, ou véritables éclatements partiels, dont la réparation commande des rétrécissements, des cloisonnements pouvant aller jusqu'à empêcher absolument l'abord de la fistule par les voies naturelles.

Les lésions du vagin ont été souvent notées chez les malades traitées à la clinique gynécologique, mais sans jamais atteindre ces degrés extrêmes, qui sont vraiment rares.

Les modifications du vagin sont naturellement très graves dans les fistules par cancer ou après application de radium. Encore, dans ce dernier cas, tout espoir de succès n'est-il pas perdu; Auvray a publié un exemple récent, assez analogue à celui de notre observation XIII.

La vessie présente des altérations importantes. Son volume est assez rapidement diminué; la capacité est réduite d'une façon constante. L'infection est plus fréquente que ne le signalent les traités classiques et relativement précoce: sur trente et une de nos observations où l'état des urines est expressément noté, nous les relevons troubles dans vingt d'entre elles.

La cystoscopie, qui est le meilleur moyen d'exploration, n'est malheureusement pas toujours possible: il faut que l'organe garde une certaine continence et que les phénomènes infectieux ne soient pas très marqués ou qu'un traitement adéquat les ait améliorés. L'exploration endoscopique n'a été pratiquée que chez quatre malades de notre série, du moins avant l'intervention: une rougeur diffuse avec hémorragies sous-muqueuse a été constamment observée, ainsi que de l'infiltration autour du cratère, souvent invisible, caché par un bourgeon charnu.

La septicité de l'urine et la stagnation favorisent le dépôt

de calculs. L'infection ascendante n'est pas très fréquente et toujours tardive; elle n'est signalée que dans notre observation XXVI.

Les rapports de la fistule avec les orifices sont un des points les plus importants à fixer; ils ont été bien exécutés par Stoeckel. Les fistules qui correspondent au trigone siègent très près des méats, et cette situation dangereuse se rencontre aussi bien dans les fistules opératoires que dans les fistules obstétricales. Chez la malade n° VI, le cratère siégeait si près d'un orifice urétéral que le bord de ce dernier, qui avoisinait la fistule, était fortement tiraillé et éversé.

Segond a rapporté une observation semblable et où la terminaison de l'uretère fut prise dans la suture au cours de plusieurs interventions successives. Rochet a vu l'uretère déboucher au pôle même de la fistule, avec laquelle il se confondait : il dut faire la transplantation.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES — EVOLUTION

I. — Symptômes.

Nous serons très bref sur ce chapitre, dont les éléments sont depuis longtemps bien connus.

Le signe qui attire l'attention de la malade, c'est l'écoulement de l'urine par le vagin. Nous n'insisterons pas sur ses modalités : continu, intermittent, ne se produisant que dans la station couchée, comme dans certaines fistules du bas-fond, beaucoup plus souvent dans la station debout ou assise, comme dans les fistules basses. Nous ne pensons pas que, sauf cas exceptionnels, la contraction des releveurs de l'anus puisse jouer le rôle de véritable sphincter qu'on lui a attribué.

Cet écoulement d'urine est à différencier de l'incontinence postopératoire, et ce n'est pas toujours chose facile s'il est minime. Un examen soigneux est nécessaire, aidé, si la fistule est petite, de l'injection d'un liquide colorant dans la vessie, et encore peut-il être difficile de bien localiser l'orifice et d'établir le siège et la nature de la fistule : vésicale, cervicale, urétérale. La cystoscopie est un auxiliaire précieux; elle est justement praticable dans ces cas de petites fistules.

Bien entendu, il ne faut pas oublier la possibilité de la coexistence de plusieurs orifices fistuleux.

II. — Evolution.

La guérison spontanée est possible. Nos deux dernières observations (XXXIII et XXXIV) en sont des exemples : dans la première, une nécrose de la paroi vésico-vaginale après extir-

pation basse se répare en deux semaines; dans la seconde, une fistulette consécutive à un Wertheim se ferme en quinze jours également après le traitement d'une cystite concomitante. Le traitement de la cause provocatrice ou d'une infection contribuant à entretenir la fistulisation peut en effet, quelquefois, entraîner la guérison; c'est ainsi que, chez une malade de Laurentie, l'ablation d'un gros calcul vésical permit d'obtenir à peu de frais la fermeture d'une fistule obstétricale. Une large fistule vésico-utérine guérit spontanément, après le traitement d'une infection puerpérale *post partum* (cas observé par Brodhead, de New-York).

La plupart des guérisons spontanées surviennent rapidement, dans la période normale de réparation qui suit la chute de l'escarre, bien que Debout en ait vu une après cinq mois, et Fabrice de Hilden après huit mois.

Quoi qu'il en soit, l'éventualité de la guérison spontanée n'est guère à envisager pratiquement; le processus de cicatrisation reste d'habitude impuissant à combler la perte de substance qui devient définitive.

En dehors des lésions d'irritation vulvaires, périnéales et de la cystite, qui sont plutôt des symptômes du fait de leur banalité, des complications peuvent se produire, soit du côté de l'arbre urinaire : calculs, infection ascendante, soit du côté de l'appareil génital : troubles de la menstruation, stérilité, avortements, infections annexielles.

Dans les fistules invétérées, on retrouve les modifications anatomiques signalées au chapitre précédent et que nous ne pouvons reprendre sous peine de tomber dans des redites inutiles.

CHAPITRE V

QUELQUES POINTS DE LA THERAPEUTIQUE COMMUNS A TOUS LES PROCEDES VAGINAUX

Toute fistule vésico-vaginale, dès qu'elle est définitivement constituée, doit être opérée; cette règle ne souffre aucune discussion. L'abstention ne peut être justifiée que par un état général de la malade tel que toute idée d'intervention est à écarter, par exemple s'il s'agit d'un cancer ou d'une récidue de cancer à la dernière période de son évolution.

Ceci posé, nous réserverons pour un autre chapitre la discussion de l'opportunité d'une opération radicale ou palliative. Mais avant d'aborder les données générales concernant la voie basse, il nous faut dire un mot d'un procédé thérapeutique récent et qui a donné quelques succès : l'électrocoagulation. Judd, de Rochester, dont nous aurons l'occasion de rappeler l'importante statistique opératoire, a soutenu dès 1920 que la fermeture de petites fistules pouvait être obtenue par cette méthode physique. Klika Milos a publié une observation de fistule après hystérectomie totale, où les conditions de fixité rendaient toute intervention particulièrement délicate: il fit la coagulation intravésicale, laissa une sonde à demeure, et en seize jours, la fistule guérit. Il y a deux ans, Ottow a consacré dans le *Zentralblatt für Gynäkologie* un article à l'emploi des courants de haute fréquence; il conclut que le procédé est valable, mais pour des cas bien déterminés : fistules petites, sans large induration des bords; le canal même de la fistule doit être brûlé aussi profondément que possible; le cathétérisme permanent est nécessaire pendant dix à douze jours au moins.

Préparation préopératoire.

Elle est de toute importance. La phrase de Bozeman : « la préparation est souvent plus difficile que l'opération » est demeurée classique.

Il y a pour l'opération un moment favorable qu'il faut savoir attendre sans le laisser passer, c'est-à-dire qu'il ne faut intervenir qu'après la chute des escarres, lorsque les tissus saignent moins, mais avant qu'ils ne soient rétractés et indurés; en principe, entre la sixième et la huitième semaine.

A la clinique gynécologique de la Faculté de Strasbourg, le traitement préopératoire a été ainsi conduit :

Les plaques érythémateuses des grandes lèvres et des plis génitaux ont été traitées au protargol, enduites de pâte de zinc et séchées au sous-nitrate de bismuth. Le vagin a été assaini par des injections biquotidiennes d'eau boriquée légèrement amidonnée, les ulcérations touchées au nitrate d'argent. Dès qu'il y avait cystite, lavages vésicaux à l'eau boriquée et instillations quotidiennes alternées d'huile goménolée et de nitrate à 1/300^e. De l'urotropine a été toujours administrée les quatre ou cinq jours qui précédaient l'opération.

Il n'a jamais fallu avoir recours à la dilatation progressive du vagin.

L'avant-veille, la malade a été purgée, et lavementée la veille; il n'a pas été fait usage d'opiacés, sauf le matin et le soir de l'intervention, comme pour toutes les opérées. Avant d'amener la patiente à la salle d'opération, on procédait à une grande irrigation vaginale à l'eau iodée ou lysolée.

Cet ensemble de soins, dont la mise en œuvre demandait de quatre jours à deux ou trois semaines, suivant l'ancienneté de la fistule et surtout suivant le degré d'infection des voies urinaires, a toujours donné complète satisfaction.

Position de l'opérée. — Anesthésie. — Outillage.

La position de la malade a toujours été celle des opérations vaginales : décubitus dorsal, jambes relevées, tête un peu basse; une seule fois, elle fut placée en position latérale

de Sims (Obs. XV). La position g nu-pectorale de Bozeman est abandonnée; celle de Depage, récemment vantée par Abadie, est peu utilisée.

L'anesthésie rachidienne convient parfaitement à ces interventions : immobilité de la patiente, parfait relâchement du périnée, pas de vomissements postopératoires défavorables pour les sutures. Dans nos observations, on y a eu recours six fois, avec la technique et les doses courantes. Les autres cas, pour la plupart antérieurs à la généralisation de la rachianesthésie, ont été opérés sous anesthésie générale, soit à l'éther (neuf fois), soit au chloroforme (cinq fois), soit au mélange (douze fois). La fistule de l'observation XXX, par suite de ses petites dimensions et de son siège, a pu être opérée sans anesthésie aucune.

L'exposition de la fistule se réalise au moyen de valves médianes et latérales, et de tractions énergiques sur le col, si l'on peut avoir une prise. Tout récemment, un auteur allemand, Kulenkampff, a écrit qu'il croyait avoir facilité une de ses opérations en se passant de valves; il devait s'agir d'un cas bien particulier.

Quant à la fixation de la zone opératoire, il n'a jamais été employé à la clinique d'instrument spécial, tel l' tendeur vésical de Pasteau, ni fait usage du procédé du doigt intra-vésical. Des pinces ont suffi le plus souvent; dans quelques cas, quatre fils ont été placés autour de la fistule et servaient à tendre la paroi.

On peut, pour se donner plus de jour, inciser largement le périnée, soit verticalement comme le faisait S nger, soit latéralement, suivant les conseils de Schuchardt. Ce sont ces dernières incisions paravaginales qui ont été utilisées quelque fois dans notre série d'observations.

Point n'est besoin généralement d'un outillage particulier et compliqué; dans les fistules hautes, il faut cependant avoir à sa disposition un bistouri long, des ciseaux à lame étroite et des aiguilles fines et très courbes.

Toutes les sutures des dernières interventions pratiquées à la clinique ont été faites au catgut, vagin y compris. Antérieurement, les sutures de la vessie étaient faites au catgut, mais celles des bords vaginaux aux fils d'argent ou, plus rarement, aux crins.

Soins postopératoires.

Quel que soit le procédé employé, du moins vaginal, et c'est la raison pour laquelle nous en parlons ici, les soins opératoires sont à peu près les mêmes.

Voici la façon dont ils sont conduits à la clinique :

Comme dans toute intervention basse, une mèche est légèrement tassée dans le vagin et retirée le lendemain. Ce tamponnement ne mérite pas les reproches qui lui ont été adressés de favoriser la désunion des sutures, à condition de ne pas le laisser en place plus de vingt-quatre ou trente-six heures. Il offre par contre l'avantage d'assécher la cavité vaginale, dans laquelle se produit fatalement un petit suintement.

La question du *cathétérisme* est plus importante et a été souvent discutée. L'école de Strasbourg est partisan du cathétérisme à demeure; on emploie une petite sonde en verre, coudée, et reliée à un tube de caoutchouc. Cette sonde mise en place à la fin de l'intervention est généralement changée le deuxième jour, et une ou deux fois ensuite. Elle est retirée vers le huitième jour, plus tardivement si l'on a des doutes sur les sutures. La surveillance doit être rigoureuse; toute sonde bouchée doit être changée immédiatement. Dans quelques cas, on a pratiqué quotidiennement un lavage prudent, sous faible pression, à l'eau boriquée tiède, surtout indiqué si le suintement sanguin dans la vessie est important.

Certains opérateurs donnent la préférence à la sonde Pezzer. Le cathétérisme intermittent, toutes les deux heures, indiqué par Richelot à la Société de chirurgie en 1900, a ses avantages, mais il nécessite un personnel très stylé. Le cathétérisme permanent double des uretères a été préconisé pendant la période de cicatrisation, pour laisser la vessie complètement au

repos. Fuchs a rapporté, en 1926, dans le *Zentralblatt*, un cas particulièrement compliqué de fistule du trigone, où cette méthode lui a donné un succès complet. Mais, peu avant la guerre, Mauclaire a publié dans le *Progrès Médical* une observation où les sondes provoquèrent du spasme urétéral et vésical, ce qui fit échouer les sutures. D'ailleurs ce procédé, théoriquement excellent, est mal supporté par les malades et prédispose à des infections graves.

Ce dernier reproche peut s'appliquer, atténué, à la simple sonde vésicale. Il est incontestable qu'il est fondé, et que la sonde à demeure conditionne les nombreuses cystites postopératoires, un quart des cas de notre série. Néanmoins, si quelques échecs peuvent lui être à peu près sûrement imputés, il ne faut pas généraliser. L'infection est souvent peu virulente et assez tardive. Nombreux sont les exemples où elle n'a pas empêché une réunion *per primam*. Ajoutons que l'administration préventive et systématique d'antiseptiques urinaires paraît capable d'en diminuer la fréquence et l'importance.

L'utilité du cathétérisme a été remise en doute il y a quelques années par un Américain, Arnold Sturmdorf, qui résume son réquisitoire dans cette phrase lapidaire: « Dans le cas où l'opération a pu être menée d'une façon satisfaisante, la sonde n'est pas nécessaire; dans les cas où elle semblerait nécessaire, elle est inutile ». Il dit en substance que l'idée qui est à la base du cathétérisme, à savoir l'immobilisation de la paroi vésicale par la suppression des contractions physiologiques, est sans fondement, puisque le plancher de la vessie, où siègent habituellement les fistules, est normalement la partie fixe et relativement immobile de la musculature vésicale. La présence d'un drain dans la vessie, ajoute-t-il, permet l'entrée de l'air comme la sortie de l'urine, ce qui crée un espace rempli d'air au-dessus du fond de la vessie, lequel est constamment baigné par de l'urine résiduelle dont seule la couche supérieure est drainée au dehors. Si l'on veut, ajoute-t-il encore, par un moyen quelconque, drainer plus complètement la vessie, cette tentative

nécessite forcément la création d'un vide intravésical, et la muqueuse est aspirée dans le drain qu'elle obture. L'auteur semble condamner par là les quelques procédés, plus ou moins ingénieux, destinés à pousser à fond l'action du cathétérisme, tels que celui d'un Italien, Biagio, qui avait imaginé de réunir la sonde à demeure à un ballon de caoutchouc qui, en se gonflant peu à peu, devait aspirer tout le contenu vésical. Sturm-dorff préconise en définitive cette attitude qu'il illustre d'une observation: deux cathétérismes pendant les douze premières heures; ensuite sondage seulement s'il n'y a pas eu de miction depuis vingt-quatre heures.

Ces idées, d'ailleurs beaucoup trop du domaine théorique, sont très discutables: ainsi l'auteur va trop loin quand il affirme l'immobilité du plancher vésical et surtout quand il nie la possibilité de tractions sur les sutures par les contractions musculaires, même nées d'une autre région du réservoir. Il est certain que malgré la sonde, il persiste toujours un peu d'urine dans le bas-fond, mais cette quantité est insuffisante pour entraîner de fortes contractions, ce qui ne manque pas de se produire si on laisse la distension progresser peu à peu.

Après l'intervention, les malades étaient laissées demi-assises dans leur lit, cuisses relevées par un coussin introduit sous les genoux. Le décubitus latéral était autorisé après quelques jours. Le décubitus ventral, proposé par Vitrac en 1899, et qui a pour but d'empêcher l'accumulation d'urine sur les sutures, est assez pénible pour les malades et difficile à supporter.

Suites postopératoires.

Nous n'aurons en vue ici que les suites générales, dont la bénignité est presque constante.

Le seul cas de mort de notre série, sur lequel nous reviendrons, est un type de ces pénibles surprises causées par une affection antérieure non diagnostiquée, et ne peut être imputé à l'intervention elle-même.

Les suites sont très généralement apyrétiques; dans cinq cas seulement, nous avons trouvé la température notée au-dessus de 38 degrés, pour retomber à la normale en deux ou trois jours, sauf chez la malade XXI, anesthésiée à l'éther-chloroforme, qui fit une broncho-pneumonie dont elle guérit.

Comme nous le disions plus haut, la cystite est fréquente, ce qui n'est pas étonnant, puisqu'elle préexiste si souvent à l'opération. Elle cède généralement à un traitement bien conduit en deux ou trois semaines. L'infection urinaire ascendante n'a été notée qu'une seule fois, dans l'observation XV, et cette pyélite légère s'est rapidement améliorée sous l'effet d'un simple traitement médical, sans lavages du bassinnet, ni vaccination.

CHAPITRE VI

LES DIFFERENTS PROCEDES VAGINAUX, LEUR VALEUR.

Nous n'avons nullement l'intention de décrire la technique des différents procédés vaginaux, qui se trouve dans tous les traités classiques et dans de nombreuses monographies. Plus intéressante est la discussion de leurs mérites et inconvénients respectifs.

Avivement.

Le premier en date, l'avivement, est à peu près complètement délaissé, malgré les perfectionnements de Marion Sims et de son élève Bozeman. Ses défauts ont été depuis longtemps mis en lumière : perte de substance, facteur très défavorable en cas d'échec et de réintervention nécessaire, surface d'affrontement insuffisamment large, tiraillements au niveau des lèvres de la plaie, tous inconvénients auxquels remédie dans une large mesure la méthode rivale du dédoublement. Il serait cependant injuste de ne pas relever encore le très grand progrès que réalisa à son avènement la méthode américaine et d'oublier les bons résultats qu'elle donna en des mains expérimentées. Une des statistiques les plus importantes se trouve dans la thèse de Dupin, qui rapporte soixante-trois observations, pour la plupart de Bozeman, de Baker Brown et de Hergott. Ces soixante-trois observations se soldent par : trente-quatre succès à la première intervention; seize à la seconde; un à la troisième; un à la cinquième, et un, enfin, à la neuvième opération, avec une mort, cinq échecs complets et quatre échecs

partiels. En définitive, ces résultats sont excellents, mais comportent des cas très divers et n'ont pas la valeur d'une statistique intégrale.

Notre série comprend six opérations d'avivement; trois succès sur deux fistules obstétricales et sur une fistule après hystérectomie vaginale, et trois échecs également sur deux fistules obstétricales et une opératoire. L'un de ces succès a été obtenu après échec d'un dédoublement, réciproquement l'un des échecs a été ultérieurement réparé par un dédoublement.

A l'actif de la méthode, relevons le beau succès obtenu, contre toute attente, dans l'observation XVI, où il s'agissait d'une fistule ne se laissant pas attirer, enfouie sous des bords cicatriciels très durs, avec large infiltration environnante de la muqueuse vaginale; ces conditions avaient fait envisager la nécessité d'une intervention par voie haute.

Quoi qu'il en soit, la méthode américaine n'est plus le procédé de choix; tout au plus peut-elle convenir à quelques petites fistules et à des cas exceptionnels où les bords de la fistule sont relativement souples, alors que les tissus plus éloignés sont cicatriciels et où l'on désire exécuter une opération rapide.

Dédoublement.

Les procédés de dédoublement, avons-nous dit, éliminent les principaux inconvénients de la méthode précédente. Ils n'entraînent pas de perte de substance, donnent une beaucoup plus large surface d'affrontement, permettent la constitution de deux plans de sutures, dont on peut croiser la direction, et les tiraillements sont moindres sur les lèvres de la plaie.

Les variantes sont assez nombreuses. La suture unique de la vessie a été pratiquée par Stankiewicz, dont l'exemple n'a pas été suivi. Nous avons vu cependant récemment un chirurgien qui opérait ainsi et déclarait s'en bien trouver. Ricard, Bazy et, en Allemagne, Küstner, sur le procédé duquel nous revien-

drons, faisaient la suture unique du vagin. Nous avons cité à l'historique les défenseurs de la suture en deux plans, qui réunit aujourd'hui tous les suffrages.

Cazamayor faisait bien une double suture, mais la première, à la base de l'entonnoir formé par la dissection, ne coaptait pas, rapprochant simplement les surface cruentées; la seconde, placée sur les bords de la fistule, en bouchon de champagne, devait être très exacte.

Rastouil, de La Rochelle, faisait un double dédoublement : commençant son opération comme dans le Braquehay et prolongeant largement l'incision de chaque côté, il obtenait deux bons lambeaux vaginaux de couverture.

Tels sont les procédés fondamentaux de dédoublement qui suffisent dans les fistules basses ou n'entamant pas profondément le col.

Dans les fistules juxta-cervicales profondes ou vésico-utérines, les difficultés s'accroissent considérablement et nécessitent des interventions plus larges, mais qui relèvent néanmoins du principe du dédoublement. Ces difficultés, rappelons-le, sont dues au rétrécissement du vagin par des brides, à l'induration du bas-fond de la vessie, à la destruction de la lèvre antérieure ou à l'absence complète du col utérin dans les fistules postopératoires, à la fixation de l'utérus.

Toutes les méthodes destinées à surmonter ces difficultés reposent sur un clivage utéro-vésical très étendu, en d'autres termes sur un glissement, une locomotion de la vessie suffisamment large, afin d'obtenir suffisamment d'étoffe libre de cette dernière pour qu'elle puisse réparer elle-même sa propre perte de substance. Donc, en définitive, une dissection très large de la cloison vésico-cervicale s'impose, comme l'avait bien compris Jobert.

Repose essentiellement sur ce principe le procédé de Küstner, que l'on peut schématiser ainsi : après saisie du col, incision circulaire de la paroi vaginale, comme au début d'une extirpation totale, décollement de la vessie poussée jusqu'au

cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, qui est refoulé, mais non ouvert. Les bords vaginaux de la fistule sont avivés légèrement; la vessie est suturée ou non, et, par-dessus, la grande incision vaginale est prise par des sutures profondes aux fils de bronze, fixant en quelque sorte partiellement l'utérus dans le vagin. On peut éventuellement ouvrir le cul-de-sac de Douglas et même sectionner les ligaments larges s'il se trouve nécessaire d'amener le col jusqu'à la vulve. En 1910, Küstner a publié cinquante cas, qui ne comprenaient que cinq échecs.

Füth, de Cologne, a modifié le procédé de Küstner, dont il se sépare lorsque ce dernier emploie le col lui-même. Après décollement de la vessie, poussé aussi loin qu'il est nécessaire par une incision verticale branchée sur l'incision transversale première, Füth prend un des bords de la muqueuse vaginale, loin en dehors des bords de la fistule, passe sous celle-ci et ressort également très loin de l'autre versant de l'incision. Il prétend, par cette prise en masse, fermer avec cinq points une fistule importante. En 1918, huit tentatives comportaient six succès.

Pour mieux exposer encore la fistule, von Herf a proposé, en 1891, de fendre la lèvre antérieure du col utérin sur la ligne médiane et de bien écarter les lambeaux. L'opérateur avait agi ainsi dans notre observation XX.

L'idée est venue à Bardescu, en 1900, d'utiliser le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, de l'ouvrir au début de l'opération, ce qui faciliterait le décollement de la vessie (?), d'abaisser fortement le feuillet antérieur et de le suturer au lambeau vaginal dédoublé. Rolland, dans sa thèse, en 1905, a exposé et défendu cette technique, reprise en 1920 par Solms. Mais, outre qu'il n'est peut-être pas toujours anodin d'ouvrir le péritoine, l'exécution, dans la profondeur de cet abaissement, est loin d'être facile.

Résultats du dédoublement.

Voyons d'abord quelques résultats pris en bloc :

Dupin, déjà cité, apporte trente-sept observations, avec vingt-cinq succès à la première intervention, six à la deuxième, trois à la troisième et un à la quatrième; il y a un échec complet et un échec partiel. Ces résultats proviennent, comme ceux de l'avivement, de sources éparses, mais comprennent en définitive plus de succès.

Une statistique importante est celle de Judd (1920); soixante-treize cas, avec cinquante-deux guérisons en une seule opération, donc près de 70 p. 100. Tout récemment, Legueu a rapporté à la Société de chirurgie la statistique intégrale de Bengolea, qui comprend vingt-sept observations, dont cinq fistules postopératoires, avec dix-huit guérisons, soit 64 p. 100. Legueu rappelait à ce propos qu'il avait opéré lui-même par voie vaginale cinquante-cinq fistules, et qu'il avait obtenu 54 p. 100 de guérisons à la première tentative.

Notre statistique comprend vingt et un cas, avec quatorze guérisons, six échecs, une mort, donc 67 p. 100 de succès, dont 53 p. 100 à la première fois. Trois guérisons furent assurées à la seconde intervention.

Nous avons déjà dit que le cas de mort n'était pas imputable à l'opération. Il s'agissait, en effet (obs. XII), d'une fistule consécutive à une hystérectomie vaginale élargie pour cancer du col; la malade avait présenté de fortes hématuries, qui furent mises sur le compte d'un calcul incrusté dans le trajet fistuleux; l'intervention, très satisfaisante, avait été conduite rapidement et relativement facilement, quand la malade, le sixième jour, fit une embolie qui l'emportait en quarante-huit heures. L'autopsie décela l'existence d'une tumeur de Grawitz du rein gauche, qui avait passé inaperçue, et d'embolies pulmonaires néoplastiques multiples. Notons qu'au sixième jour, la suture de la sous-muqueuse vésicale tenait et que les sutures du vagin paraissaient en bonne voie de cicatrisation.

Essayons d'analyser d'un peu plus près les six échecs.

Le *premier* se rapporte à une fistule, d'assez grandes dimensions, consécutive à un Wertheim, avec forte rigidité des bords et de la muqueuse environnante et cystite. On ne réussit pas à attirer convenablement la fistule ni à libérer suffisamment la vessie. L'incontinence reparut au septième jour.

Dans l'*observation IX*, une hystérectomie vaginale pour cancer du col avait laissé une double fistule, dont l'une était énorme (perméable pour le pouce). On exécuta le procédé de Cazamayor; le septième jour, brusquement, semble-t-il, les sutures lâchèrent en masse.

La malade de l'*observation XIV* avait une large fistule basse, à bords très irréguliers, consécutive à un accouchement laborieux. Un premier essai, quatre mois après, montra une section de l'urètre à son origine. Malgré un large dédoublement, la fistule se reproduisit, mais plus petite de moitié environ.

On réintervint, tardivement d'ailleurs : on traça deux volets vaginaux, que l'on rabattit l'un sur l'autre, sans s'occuper de la vessie, et on termina par une cystostomie. Douze jours après, la malade recommença à se sentir mouillée : un des volets s'était nécrosé à sa base. Une fistule persista, mais encore diminuée de moitié par rapport à celle consécutive au premier dédoublement.

Le *quatrième échec* se rapporte à une grosse fistule *post partum* opérée dix semaines après sa constitution par dédoublement typique, mais rendu difficile par une forte hémorragie. Les suites furent un peu fébriles. Une petite fistule résiduelle, grosse comme un pois, fut fermée ultérieurement par un simple avivement.

Dans l'*observation XX*, il s'agissait d'une fistule cervico-vésicale proprement dite, également *post partum*. Le col ne put être aisément attiré, et, vingt jours après un dédoublement satisfaisant, l'échec s'avérait complet. L'incision du canal cervical, pour mieux exposer la fistule, dans une seconde tentative, n'eut pas plus de succès.

Enfin, *sixième échec*, une autre fistule *post partum*, cervico-

vésicale, mais énorme celle-ci, fut traitée par dédoublement, avec incisions de décharge et discision du col. On ne réussit qu'à réduire, très notablement il est vrai, les dimensions de la brèche, et un avivement ultérieur ne fit rien gagner après des suites fébriles.

Les causes exactes de ces échecs (tous les procédés et tous les chirurgiens en comptent) sont difficiles à dégager. Retenons qu'il s'agissait de grosses fistules, dont deux juxta-cervicales profondes, et que les suites furent presque toutes fébriles; comme ce sont à peu près les seuls cas de suites fébriles, il faut admettre que l'infection a joué un rôle de premier plan.

Les statistiques importantes, donc intéressantes, de dédoublement sont généralement prises en bloc, et il est difficile de se faire une idée de la proportion de succès et d'échecs dans les fistules cervico-vésicales. Nous avons sept exemples de ces dernières : l'une a été opérée par un procédé combiné, abdomino-vaginal; des six autres, il y a deux échecs, déjà cités, à enregistrer et quatre succès, dont un à la deuxième intervention, et un autre par la méthode de Küstner, soit un tiers d'échecs en définitive.

Procédé de Braquehay.

Sa technique est trop connue pour que nous la décrivions à nouveau.

Outre son élégance, il emprunte aux procédés de déboulement un de leurs principaux avantages : la superposition de deux plans de sutures. Il y ajoute l'absence de toute tension sur la vessie, l'interposition, entre les sutures et le contenu vésical, de toute l'épaisseur de la muqueuse vaginale, un minimum d'hémorragie. Il fait courir aux uretères moins de danger.

En revanche, il semble passible de certains reproches. Si l'opération échoue, les tissus de la collerette sont sacrifiés; si les tissus sont très infiltrés autour de l'orifice fistuleux,

la suture des bords de la collerette peut être difficile; enfin, si cette suture peut et doit se faire sans tension, il n'en est pas toujours de même de la suture à l'américaine de renforcement.

Pour les fistules juxta-cervicales, Braquehay a quelque peu modifié son procédé premier. On trace deux lambeaux triangulaires, opposés par leur base, l'un sur le vagin, l'autre sur le col; on retourne ce dernier, face épithéliale vers la vessie, et on le suture aux bords de la fistule, en terminant par le rapprochement des lèvres de l'incision vaginale.

La statistique de Dupin comprend sept cas opérés par le procédé de la collerette, avec sept guérisons. Depuis lors, de nombreux et beaux succès ont été publiés : un cas de Jorge, où il s'agissait d'une très grosse brèche; un cas de Ferran, remarquable par la multiplicité des fistules consécutives à une ablation secondaire du col après hystérectomie subtotale, et où un dédoublement typique avait partiellement échoué. En 1924, Roegholt a rapporté une observation de très grosse fistule, où le procédé de Braquehay échoua une première fois, mais réussit complètement lors du second essai. Il n'a été essayé qu'une fois à la clinique (Obs. XIX) pour une fistule opératoire, et avec succès.

Procédés complexes.

Il est normal qu'avec les progrès de la technique, en particulier des diverses méthodes autoplastiques, les chirurgiens, donnant libre cours à leur virtuosité, aient imaginé des procédés plus ou moins compliqués pour les cas qui semblent dépasser les ressources des méthodes habituelles.

Les lambeaux peuvent être pris sur les organes voisins ou provenir d'organes éloignés sous forme de greffes libres.

Dans la première catégorie, signalons, sans vouloir les décrire toutes, ce qui nous entraînerait très loin, quelques tentatives à titre d'exemples.

Sturmdorf, ce même auteur qui a prétendu démontrer l'inu-

tilité du cathétérisme, a fait un large décollement de la vessie, suturé la brèche vésicale, abrasé largement en entonnoir la muqueuse endo-cervicale, lésée, et faisant glisser son lambeau vaginal antérieur dans la cavité vésicale l'a fixé au-dessus de la région fistulisée. Le but serait donc de substituer une muqueuse vaginale intacte au tissu cicatriciel périfistuleux. Il a présenté une malade, déjà opérée cinq fois sans succès pour une grande fistule obstétricale, et qu'il aurait ainsi guérie.

Assez analogue est une observation de Silvio Rolando, publiée un an après. Il emploie également l'interposition inter-vésico-utérine d'un lambeau vaginal, mais sans évider la cavité cervicale; la guérison fut complète. D'après l'auteur, cette interposition, si elle n'assure pas l'occlusion certaine de la fistule, la rend beaucoup plus probable en empêchant les sécrétions utérines de distendre l'orifice fistuleux de la vessie.

A la seconde catégorie appartiennent les essais de transplantation aponévrotique, libre, suivant la méthode préconisée par Kirschner en 1909. H. Schmid, de Prague, conseilla, peu avant la guerre, d'interposer après dédoublement classique une greffe libre de fascia lata fixée à ses quatre angles par quatre points de catgut, et il en publia un cas heureux.

Mais il est évident que seules, de ces tentatives plus ou moins audacieuses, sont publiées celles qui sont couronnées de succès et qu'un plus grand nombre d'échecs a été laissé dans l'ombre.

Contrôle cystoscopique postopératoire.

Après avoir décrit les différentes ressources de la voie vaginale, nous voudrions dire un mot des constatations cystoscopiques postopératoires, qui ont un certain intérêt. Stoeckels s'est particulièrement intéressé à la question, et a vu un des premiers que l'aspect n'est pas le même s'il a été fait un avivement avec une seule rangée de larges sutures ou un dédoublement avec réunion plan par plan. Dans la première éven-

tualité, il se forme une espèce d'entonnoir, de diverticule; dans la seconde, au contraire, on peut rencontrer des cicatrices fines, linéaires, assez vite, très difficiles et souvent impossibles à trouver. Quand la cicatrisation est diverticulaire, la tendance à la rétraction est assez marquée, d'où tiraillements et éversion possibles secondairement de l'embouchure des uretères. Ces diverticules communiquent largement avec la cavité vésicale; l'urine ne stagne pas à leur niveau, et il est très rare d'y surprendre la formation de calculs.

Walter Hannes a retrouvé, après une longue période, huit malades opérées par son Maître Küstner, et qu'il a pu cystoscopier. Chez trois d'entre elles, il n'a pu retrouver trace des cicatrices; chez les cinq autres, au contraire, il y avait des cicatrices visibles, plus ou moins grandes, étoilées, laissant penser que la plaie avait guéri par granulation et non par première intention. Il note qu'il est indifférent que les points vésicaux soient isolés ou non. La proximité souvent très grande des uretères lui fait croire qu'il vaut mieux ne pas suturer la muqueuse vésicale : les bords s'en rapprochent d'eux-mêmes du simple fait de la mobilisation et de l'avivement de la paroi cervicale antérieure.

CHAPITRE VII

LES OPERATIONS COMBINEES

Nous entendons par ce terme celles qui se composent de deux temps distincts : l'un, abdominal, et un, vaginal. Pollosson, en 1908, proposa de libérer dans un premier temps, par voie transpéritonéale, la zone fistuleuse ou périfistuleuse adhérente et de reprendre les sutures par le vagin; il fit exposer cette idée dans la thèse de Micolier.

Bretz a publié il y a quelques années un cas de grande fistule vésico-vaginale se continuant avec une large déchirure du col; le paramètre gauche, très tendu, s'opposait à toute mobilisation. Celle-ci s'obtint aisément après avoir, par laparotomie, rompu toutes les adhérences.

Notre observation XXIII est également à l'actif de la méthode combinée. Nous ne reviendrons pas sur les détails techniques, qui sont consignés dans l'observation. Retenons qu'il s'agissait d'un cas où l'immobilité complète de l'utérus, due à la formation de tissu fibreux entre sa paroi antérieure et la vessie d'une part, et, d'autre part, à un large exsudat inflammatoire apparu dans les suites de couches, ne permettait pas de s'adresser aux procédés classiques, d'autant plus que l'abord du fond du vagin était fort difficile. Un Küstner était pour cette raison à rejeter; il eût été, en outre, malaisé d'éviter l'ouverture du cul-de-sac vésico-utérin. Cette insuffisante mobilité s'opposait à l'emploi du procédé de Freund. Quant à la suture de la fistule à la lèvre postérieure du col, si elle eût été réalisable, elle avait le gros inconvénient du passage par la vessie du flux menstruel. Enfin, l'état de la vessie était incompatible avec l'opération de Trendelenburg.

Récemment, Roeder a inversé l'ordre des temps : il a débuté par la dissection vaginale des bords de la fistule, les a suturés et a repris les fils par cystostomie; une portion de paroi vésicale était ainsi remplacée par de la paroi vaginale. Il a publié deux cas de fistules après hystérectomie : le premier a guéri dans d'excellentes conditions. Il a perdu sa seconde malade, morte d'hépatite et de néphrite douze jours après l'intervention; les sutures avaient jusque-là parfaitement tenu.

Malgré ces quelques bons résultats, cette méthode semble devoir être réservée à des cas exceptionnels; l'intervention est longue, beaucoup plus grave que les opérations vaginales, et, s'il est nécessaire de faire la laparotomie, il est plus logique, sauf dispositions spéciales, de terminer par des procédés classiques suspubiens.

CHAPITRE VIII

PROCEDES INDIRECTS

Ils ne sont actuellement de mise que lorsque tous les autres moyens ont échoué ou semblent sûrement voués à l'échec ou encore lorsque l'âge, l'état général de la malade contre-indiquent une intervention difficile et longue; ce sont donc des indications plutôt rares et de nécessité. Ils s'imposent malheureusement quelquefois dans les fistules après Wertheim, lorsqu'une récurrence rapide ou des métastases de l'épithélioma montrent clairement que la survie sera courte; en parant à l'incontinence d'urine, ils apportent aux malades un réconfort précieux, bien que momentané.

L'épisiorrhaphie n'est plus guère usitée; elle peut être à la rigueur discutée si le vagin est largement envahi par des masses néoplasiques, encore que cette oblitération soit dangereuse, en exposant à des rétentions septiques. De même, l'oblitération rectale du vagin, par la création d'une fistule recto-vaginale, qui laisse au sphincter du rectum le soin de contenir les urines, est abandonnée.

La méthode indirecte courante, c'est le colpocléisis, dont la technique, simple, est bien connue, autant que ses inconvénients.

Les malades de nos observations XXIX à XXXII, traitées par colpocléisis, avaient toutes les quatre des fistules consécutives à des Wertheim (deux) ou à des hystérectomies vaginales élargies (deux) pour cancer du col. Deux ont pu être suivies et sont mortes respectivement quatre et dix mois après.

Dans l'observation XXX, deux tentatives de colpocléisis déclenchèrent des phénomènes infectieux, et une petite brèche, par laquelle suintait l'urine, persista.

Moins grands sont les désavantages de la méthode indirecte si l'on peut faire l'occlusion haute du vagin, le colpocléisis dit élevé, acceptable s'il s'agit d'une femme âgée qui a subi une hystérectomie. Pollosson, Forgue avaient, il y a une vingtaine d'années, recommandé ce procédé. Récemment, Latzko en a fait l'opération de choix dans les fistules après Wertheim; il décrit une technique modifiée qui consiste à obtenir la fermeture du vagin avec un grand lambeau pris sur sa paroi postérieure et rabattu sur la cicatrice opératoire et la fistule.

La destruction complète de la lèvre antérieure du col avait donné l'idée de réunir les bords de la fistule à la lèvre postérieure, toujours moins altérée, le moignon cervical servant ainsi à coiffer la perte de substance. Cette incarcération du col dans la vessie, appelée par Pozzi *hystérocléisis vésical*, et largement utilisée autrefois par Gobert et Courty, est peu satisfaisante; outre que la continence n'est pas fatalement assurée, les complications urinaires sont fréquentes.

Freund avait imaginé à Strasbourg, pour les cas de prolapsus total, de luxer et culbuter en entier l'utérus dans le vagin, de l'y fixer, d'en réséquer le fond avec les trompes en laissant un orifice pour l'écoulement menstruel. Il appliqua son procédé aux grosses fistules, avec destruction étendue de la paroi vésicale. Ce palliatif est médiocre : il comporte la stérilisation de la malade, interdit les rapports sexuels, et il n'est pas sans dangers. Döderlein eut une infiltration d'urine derrière l'utérus, et récemment, dans un journal scandinave, Hartmann a rapporté un cas de gangrène de l'utérus.

En cas de fistule incurable, avec bon état général de la patiente, on a cherché à tourner la difficulté en implantant les uretères dans l'intestin. La technique est délicate, et le gros écueil réside dans l'infection urinaire ascendante. Les Américains ont essayé d'améliorer la méthode. Peterson préconise

l'implantation extra-péritonéale; un seul uretère peut être transplanté en une fois. Coffey implante l'uretère en biais dans le côlon, selon la méthode de Witzel pour la fistule gastrique; Erwin en a rapporté, il y a peu de temps, un succès.

Quoi qu'il en soit, il s'agit là d'opérations compliquées, délicates, et dont les résultats sont bien aléatoires.

CHAPITRE IX

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA VOIE VAGINALE ESSAI DE COMPARAISON AVEC LA VOIE HAUTE

Après avoir indiqué les différentes ressources de la voie vaginale, il nous faut maintenant, en manière de synthèse et de conclusion, essayer d'en fixer les indications et contre-indications et de la comparer aux procédés rivaux qui empruntent la voie haute.

Tout d'abord, envisageons globalement les chiffres de la statistique que nous apportons, et dont nous n'avons donné que les résultats partiels suivant la méthode employée.

En laissant de côté les colpocléisis, nous comptons vingt-huit cas opérés, avec vingt et une guérisons, soit 75 p. 100 de succès définitifs. A la première intervention, seize malades ont été guéries, soit 58 p. 100.

En comptant comme échecs les colpocléisis, ce qui n'est pas très juste puisqu'il s'agissait de femmes dont la mort était, du fait de leur maladie, prochaine, restent encore vingt et une guérisons sur trente-deux cas, soit 63 p. 100.

La statistique récente de Bengolea, déjà citée, comprend vingt-sept opérations vaginales avec 64 p. 100 de succès. Legueu, qui la rapportait, dit que sur cinquante-cinq fistules qu'il avait opérées lui-même par voie vaginale, il avait obtenu 54 p. 100 de guérisons à la première intervention.

Dans la thèse de Dupin, on trouve les résultats de cent sept opérations vaginales, avec 90 p. 100 de succès, soit 60 p. 100

environ en une seule intervention. Mais, répétons-le, cette statistique n'est pas une statistique intégrale.

Judd, de Rochester, en 1920, accusait cinquante-quatre guérisons sur soixante-dix-huit cas, en une seule fois, donc près de 70 p. 100.

La voie sus-pubienne sort du cadre de notre sujet; nous voudrions simplement fixer quelques résultats obtenus par les différents procédés qu'elle englobe.

Le plus courant, l'opération transvésicale, a incontestablement gagné du terrain ces dernières années. Gourwitch n'en réunissait dans sa thèse, en 1912, que vingt-cinq observations avec quinze succès, donc 60 p. 100. Francey, en 1914, portait le chiffre à trente-trois opérations, avec 60 p. 100 de succès en une seule opération.

L'opération transpéritonéale de Dittel-Forgue, de réalisation difficile et réservée à des cas spéciaux, n'a été que peu utilisée. Pourtant un Viennois, Klein, a publié récemment un succès à son actif.

En rapportant, en juillet 1928, à la Société de chirurgie, la communication de Bengolea, Legueu donnait sa statistique d'opérations transpéritonéo-vésicales : une mort, deux échecs et vingt-cinq guérisons, ce qui fait le joli chiffre de 89 p. 100 de succès.

Discussion des contre-indications classiques de la voie vaginale.

Tout le monde est à peu près d'accord pour admettre que lorsque la voie basse est possible, c'est à elle, à son incontestable bénignité, qu'il faut donner la préférence. Les avis divergent par contre sur les conditions exactes, dans lesquelles elle est utilisable, et ce sont ces conditions que nous voudrions discuter.

Les partisans de la voie haute reconnaissent à la voie vagi-

nale d'assez nombreuses contre-indications, tenant à trois facteurs :

à la fistule elle-même;
aux modifications du vagin;
à l'état de la vessie.

La *fistule* demande à être étudiée dans son siège et dans ses dimensions.

D'une façon générale, il est certain que la position haute, au fond d'un vagin profond, crée des difficultés à l'abord vaginal de la fistule qui peut devenir très malaisé. Nous avons déjà eu l'occasion d'indiquer les divers petits procédés qui permettent de surmonter ces difficultés. Dans la très grande majorité des cas, en effet, si d'autres facteurs défavorables n'interviennent pas, en s'aidant de bonnes valves, d'un éclairage bien centré et, au besoin, de l'incision du périnée, la position haute de la fistule n'empêche pas de mener à bien une intervention vaginale.

Si la fistule correspond au trigone, et si, par surcroît, elle est de grandes dimensions, elle a des chances d'avoisiner les orifices urétéraux. Rappelons les cas de Segond, de Rochet, ceux de Stoeckel, de Hannes, et bien d'autres. On se rend évidemment mieux compte de ce que l'on fait par voie transvésicale, d'autant qu'il est facile d'introduire, la vessie ouverte, une sonde dans l'uretère pour situer nettement son trajet. Néanmoins, le danger de léser l'uretère, de le prendre dans une ligature à la fin d'un dédoublement, bien que réel, ne doit pas être exagéré. Aucun accident de ce genre n'est signalé dans la statistique de Bengoleá, par exemple, ni dans la nôtre. Bien entendu, il est indispensable que l'opérateur soit prudent et expérimenté. Le risque peut être d'ailleurs très réduit par un examen préopératoire minutieux et une cystoscopie, plus que jamais désirable si le siège apparent de la fistule correspond au trigone. Dans les cas très difficiles, on peut, à l'exemple de Küstner et de Fülth, ne pas mettre de suture sur la mu-

queuse vésicale, ou, comme l'a préconisé Hartmann en réponse à Chevassu, faire le Braquehay.

Les modifications de l'état du vagin, comme nous l'avons signalé au chapitre de l'*Anatomie pathologique*, sont susceptibles de créer des difficultés variables, voire insurmontables à la voie basse. Reste à déterminer la fréquence de ces cas extrêmes.

Le rétrécissement congénital est rare. Pousson a signalé à ce sujet les difficultés qui peuvent provenir du faible écartement des branches ischio-pubiennes et rapporte le cas d'une fillette chez laquelle cette disposition anatomique avait fait échouer deux interventions vaginales et qu'il a guérie par voie transvésicale.

Le rétrécissement cicatriciel étendu, dû à la réparation qui suit la chute de grosses escarres, est également rare. La dilatation progressive, si les lésions sont récentes, peut être tentée, mais sans grand espoir. La voie vagino-parasacrée de Chaput peut permettre de tourner la difficulté, mais mieux vaut recourir alors à la voie sus-pubienne.

Les brides cicatricielles, cloisonnant le vagin et susceptibles de le fixer aux parois osseuses (pubis, ischions) sont exceptionnelles, du moins à ce degré. Quelques brides tendues au niveau des culs-de-sac, si fréquentes dans les fistules obstétricales, peuvent être facilement sectionnées au fur et à mesure que l'on poursuit la dissection de la paroi vaginale. Si la fixation du vagin au pubis est étroite, les incisions libératrices paravaginales, aveugles et sanglantes, doivent céder le pas à la libération par voie haute, transpéritonéale ou transpéritonéo-vésicale. On peut également appliquer la méthode combinée, abdomino-vaginale, de Pollosson, récemment reprise pour des cas semblables par Kehrer.

Les modifications du col utérin ont déjà été étudiées, et nous avons rappelé les avantages que présente alors le procédé de Küstner. *L'absence du col* complique considérablement les conditions opératoires : le point d'appui qu'il constitue pour attirer et tendre la zone fistuleuse fait défaut; d'autre part,

Les brides cicatricielles, cloisonnant le vagin et susceptibles de le fixer aux parois osseuses (pubis, ischions), sont excep-

après hystérectomie totale, le vagin se trouve suspendu par les cordes que forment les ligaments larges reconstitués et la fistule est fixée. Difficultés pour attirer la fistule et pour l'exposer, difficultés pour conduire assez largement le dédoublement, difficultés du fait qu'il faut travailler dans la profondeur avec un jour médiocre, sont réunies ici. C'est spécialement pour de telles fistules que Legueu a créé la voie transpéritonéo-vésicale. Cependant, en laissant de côté toute discussion théorique, il faut reconnaître qu'il n'est pas rare de guérir les fistules, après hystérectomie totale, par la voie vaginale. Notre statistique comprend neuf cas de fistules avec absence du col (observations VI, VII, IX, X, XI, XII, XVI, XVII et XIX); parmi eux se trouve le cas suivi de mort, mort indépendante de l'intervention; il nous reste donc huit cas, avec cinq guérisons et trois échecs, ce qui fait encore 60 p. 100 de succès. De ces cinq guérisons, trois ont été obtenues par dédoublement, une par avivement, et la dernière par le procédé de la colle-rette vaginale. Ce pourcentage est suffisant pour inciter à tenter d'abord une opération par la voie basse.

L'état de la vessie doit entrer en ligne de compte pour la détermination du procédé à employer. Mais il contre-indique rarement la voie vaginale, sauf en cas de coexistence exceptionnelle de polype vésical, ou, ce qui est moins rare, de gros calculs qu'il n'y a pas intérêt à extraire par la taille vaginale, qui risque de laisser après elle une fistule plus large.

Un fort blindage de péricystite fixe la fistule, et s'il est nécessaire de dédoubler largement la cloison cervico-vésicale, ce temps peut être très pénible. Mais une opération haute n'est pas non plus, dans ces conditions, aisément menée à bien; on retrouve les mêmes difficultés, d'autant plus que la vessie est généralement très réduite de volume.

Ceci nous amène à dire un mot des réelles incommodités d'exécution, auxquelles on se heurte souvent, par voie sus-pubienne, incommodités qui peuvent être parfois plus grandes que celles de la voie basse.

C'est ainsi que, dans l'opération de Trendelenburg, la péri-cystite, qui gêne la distension vésicale préopératoire, expose à la blessure du cul-de-sac péritonéal, que, si la vessie longtemps infectée est petite, ratatinée, on ne peut placer l'écarteur de Legueu ni avoir un jour suffisant. Si la brèche est large, il devient impossible de rapprocher sans forte tension les lèvres de la fistule. Ces conditions anatomiques défavorables sont assez souvent réalisées; elles restreignent d'autant les réels avantages de l'opération transvésicale.

La voie transpéritonéale est, de l'avis même de Forgue, de réalisation délicate. Si les modifications cicatricielles sont accentuées, le clivage utéro-vésical devient très laborieux. Il est difficile de protéger la zone péri-fistuleuse contre le suintement de l'urine, et, en tout état de cause, les sutures sont particulièrement pénibles à placer.

L'opération transpéritonéovésicale est préférable, surtout en ce qu'elle donne plus de jour. Entre les mains de son auteur, elle a fourni de beaux résultats. Mais elle ne peut s'appliquer qu'à une malade résistante, et, quoi que l'on fasse, un certain danger persiste du fait de l'incision large, intrapéritonéale, d'une vessie si souvent infectée.

La voie vaginale reste donc la voie de choix. Elle est plus bénigne que toute autre, n'expose pas à des contaminations graves; elle peut être utilisée chez des femmes en médiocre état général. En cas d'échec, c'est elle qui présente le moins d'inconvénients pour une réintervention ultérieure.

Nous croyons avoir montré que ses contre-indications formelles sont vraiment rares pour un chirurgien habitué à la voie basse.

Ses résultats, enfin, peuvent soutenir la comparaison avec ceux des procédés sus-pubiens; la statistique qui a motivé notre travail en est une nouvelle preuve.

Aussi considérons-nous comme inacceptables les règles formulées par Legueu à la fin de sa communication de 1929 à la Société de chirurgie; pour les fistules basses, voie vaginale;

pour les fistules obstétricales, hautes, voie transvésicale; pour les fistules opératoires, voie transpéritonéo-vésicale. Ces conclusions sont trop schématiques; la part faite à la voie vaginale est injustement réduite. Les partisans de la voie haute se sont ralliés depuis quelques années à des formules analogues, contre lesquelles des opérateurs autorisés, tels que Hartmann, J.-L. Faure, pour ne citer que ceux-là, se sont énergiquement élevés.

Nous admettons donc le principe, naturellement sujet à des exceptions, de la priorité de la voie vaginale. Quel procédé employer ? Il faut être éclectique, et la cure d'une fistule vésico-vaginale réclame, en plus de l'habileté opératoire, une étude minutieuse des dispositions anatomiques dont il faut tirer des déductions propres à chaque cas. A juger cependant d'une façon générale, l'avivement est à rejeter; le dédoublement classique en deux plans est la méthode qui possède sans doute les indications les plus fréquentes. Mais un chirurgien doit avoir d'autres cordes à son arc. Aux fistules obstétricales avec grosses lésions du col il peut être préférable d'imiter Küstner. Si le voisinage des uretères est par trop inquiétant, le Braquehayé donne plus de sécurité. Nous ne pouvons citer là que quelques exemples, les variations techniques d'après chaque cas ne se prêtant pas, répétons-le, à des formules toutes faites, plus fallacieuses ici que pour tout autre sujet.

CHAPITRE X

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Fistule vésico-vaginale « post partum ». — Dédoublement. — Guérison.

S... (Louise), 29 ans, mariée, sans profession.

Admise le 5 septembre 1902.

Il y a trois semaines, accouchement très pénible au forceps; l'enfant est mort au bout de quarante-huit heures d'hémorragie méningée. Il y a huit jours est apparue de l'incontinence d'urine. Suites de couches légèrement fébriles.

Examen. — Léger érythème de la vulve. Vagin étroit et court. Col déchiré sur son bord gauche. A trois centimètres de l'orifice vulvaire, sur la paroi antérieure, se trouve une fistule exactement médiane qui admet une sonde ordinaire de femme et qui conduit par un trajet long de deux centimètres et oblique dans la vessie. Toute la paroi vaginale antérieure est épaissie. Utérus bien involué. Pas de pertes purulentes.

Urines troubles. L'incontinence est surtout marquée dans la station debout. Les mictions sont fréquentes, mais se réduisent à l'émission de quelques gouttes et sont suivies de vives brûlures.

Préparation de la malade à l'opération : poudrages des téguments; lavages et instillations de la vessie; irrigations vaginales au permanganate; urotropine.

Opération (le 18 septembre) (Fehling). — Anesthésie à l'éther-chloroforme.

Le col se laisse bien attirer. Quatre points sont passés à quelques centimètres de la fistule pour bien exposer celle-ci par traction simultanée des quatre fils. La fistule est circonscrite par une incision ovale, prolongée par deux débridements latéraux. La cloison est

très épaisse et sa dissection malaisée. En rabattant peu à peu le lambeau profond, on arrive sur la brèche vésicale, grosse comme un noyau de cerise. On régularise la muqueuse qu'une bourse au catgut fin enfouit dans la cavité vésicale. Les tissus sous-muqueux sont rapprochés par trois points perdus. On vérifie l'étanchéité de ces sutures qui est parfaite. Le vagin est fermé ensuite aux fils d'argent, avec quelques fils de catgut, intercalés, pour réaliser un affrontement exact.

Tampon vaginal; sonde à demeure.

Légère poussée fébrile à 38°3, le lendemain de l'opération, aussitôt calmée. Sonde changée tous les jours et retirée le huitième jour. Les fils d'argent ont été coupés le onzième jour. La malade est restée complètement sèche. Elle part le quinzième jour. Mictions toutes les deux heures, encore un peu douloureuses.

A été revue quelques semaines après; elle ne présentait plus aucun trouble.

OBSERVATION II.

Double fistule vésico-vaginale et fistule urétro-vaginale « post partum ». — *Dédoublement avec modification de Cazamayor.* — *Guérison.*

K... (Marie), 26 ans, mariée, cultivatrice.

Rentre à la Clinique le 10 novembre 1903.

Au début de l'année, en février, accouchement pénible; bassin généralement rétréci; perforation d'un enfant mort le troisième jour du travail, à domicile. Puerpérale sévère, avec abcès multiples.

Dès le troisième jour après la fin de l'accouchement, la malade se sent mouillée. Cette incontinence persiste et s'accroît dès qu'elle se lève, le quarantième jour. Les mictions sont devenues très fréquentes et pendant les mictions mêmes, la malade a remarqué qu'elle se mouille beaucoup.

Examen. — Bon état général. Déchirure du périnée, mal réparée.

Col irrégulier, déchiqueté, lèvre antérieure très réduite. Utérus gros, fixe.

De chaque côté du col et un peu au-dessus de lui, on remarque

deux petites fistules, à peine plus grosses qu'un pois, à bords très durs. Toute la muqueuse environnante est épaissie.

Sur la paroi antérieure du vagin, à quatre centimètres en avant du col, siège un troisième orifice, qui présente les mêmes caractères et les mêmes dimensions; une sonde fine introduite dans son trajet vient heurter dans l'urètre une sonde introduite dans ce dernier canal.

Du liquide colorant injecté dans la vessie suinte alternativement par les deux orifices profonds, suivant que la malade est inclinée sur la droite ou sur la gauche.

Urines légèrement troubles.

Il y a donc deux fistules vésico-vaginales et une fistule uréthro-vaginale; on décide de les attaquer toutes les trois simultanément.

Opération (16 novembre 1903) (Reeb). — Anesthésie à l'éther-chloroforme.

Incision large du périnée, qui donne beaucoup de jour. Désinsertion du vagin sur la face antérieure du col, poussée aussi loin que possible latéralement. La vessie est peu à peu refoulée, sans qu'on réussisse cependant à atteindre le cul-de-sac vésico-utérin. La proximité des uretères rend cette libération délicate; on n'arrive pas sur les brèches vésicales que l'on abandonne après avoir suturé la vessie, au-dessous des fistules, sur le col. Réfection du vagin aux fils d'argent, par-dessus une suture en coulisse faite au catgut, à la base de l'entonnoir créé par la dissection.

La fistule urétrale est ensuite fermée par dédoublement, en deux plans : suture de la muqueuse urétrale et suture de la surface de décollement du vagin.

Tampon vaginal. Sonde à demeure.

Suites très simples. Sonde changée tous les deux jours et supprimée le septième. Fils enlevés le douzième jour. Les sutures ont parfaitement tenu et l'incontinence a complètement disparu.

Les mictions, assez fréquentes, sont assez vite devenues indolores. La malade part, guérie, le vingtième jour.

Revue, sans aucun trouble, trois mois plus tard.

OBSERVATION III

Fistule vésico-vaginale « post partum ». — Avivement : échec.

Réintervention par dédoublement. — Guérison.

H... (Emilie), 35 ans, mariée, sans profession.

Six accouchements de 1887 à 1901; depuis le dernier, qui a duré très longtemps, mais s'est terminé spontanément, la malade perd les urines, mais d'une façon inconstante.

En 1903, elle se fait opérer à Colmar, où l'on essaie de fermer la fistule par la méthode de l'avivement : échec.

Elle se fait admettre, le 9 novembre 1903, à la clinique.

Examen. — Excoriations de la vulve, du périnée et des plis génito-cruraux.

Ancienne déchirure du périnée, mal réparée; léger prolapsus des deux parois vaginales, antérieure et postérieure. La lèvre antérieure du col est en partie détruite, et, à deux centimètres au-dessus du cratère qui représente l'orifice externe, siège, un peu à droite de la ligne médiane, une large fistule plus grande qu'une pièce de deux francs, par laquelle suinte de l'urine. Les bords de cette fistule sont irréguliers, très durs.

L'utérus est un peu agrandi, Le Douglas est libre, les annexes normales.

Urines troubles; brûlures à la miction.

Préparation de la malade : les excoriations sont cautérisées au nitrate d'argent; instillations quotidiennes dans la vessie.

Opération (20 novembre) (Reeb). — Anesthésie à l'éther-chloroforme.

Le col se laisse assez bien attirer et la paroi antérieure du vagin est bien exposée. Longue incision curviligne devant le col; la vessie est décollée jusqu'au péritoine. L'orifice vésical est plus gros qu'un noyau de cerise; il est suturé par quatre points de catgut. Le lambeau vaginal est suturé à la paroi antérieure du col qu'on n'a pu songer à restaurer. Tampon vaginal. Sonde à demeure.

Le 22, on change la sonde; les urines sont très troubles.

Le 26, la sonde est enlevée. La malade urine toutes les deux heures; elle reste sèche.

Le 2 décembre, on laisse lever la malade, après avoir enlevé la veille les fils d'argent : la suture a bien tenu. On fait des instillations vésicales.

Le 8 décembre, la malade part guérie; les urines sont claires.

OBSERVATION IV.

Fistule vésico-vaginale par corps étranger de la vessie. — Suture après petit dédoublement : échec. — Réintervention : dédoublement. — Guérison.

B... (Elise), 46 ans, célibataire, domestique.

Admise le 28 mai 1907 à la clinique parce que, depuis une huitaine de jours, sans cause, dit-elle, elle a des douleurs à la miction et des pertes vaginales qui lui causent de fortes cuissons.

L'examen montre qu'il s'agit d'une perforation de la paroi antérieure du vagin par une épingle à cheveux simple, dont la plus grande partie est dans la vessie et dont la tête est englobée dans un calcul gros comme une cerise. *Cystoscopie.*

Opération (29 mai) (Fehling). — Anesthésie éther-chloroforme.

Taille vaginale : On extrait l'épingle et le calcul, qui est unique. La vessie est suturée en bourse au catgut et le vagin aux fils d'argent. Sonde à demeure.

Les fils sont enlevés le onzième jour, et la sonde également.

Elle quitte le service le 24 juin, en apparence guérie.

Se fait réadmettre le 13 janvier 1908.

Huit jours après sa sortie, l'urine a recommencé à couler par le vagin et actuellement les mictions, si elles sont fréquentes, sont minimales; presque toutes les urines s'écoulent par le vagin.

La vulve est très irritée. On constate qu'au milieu de l'incision de la taille existe une fistule assez régulièrement ovale, de 5 millimètres sur 3, à bords nets peu épaissis.

Au cystoscope, lésions de cystite; pas de calculs.

Opération (19 janvier 1908 (Schickel). — Anesthésie à l'éther-chloroforme.

Dédoublement typique, avec suture de la sous-muqueuse vésicale et du vagin au catgut. Tampon vaginal, sonde à demeure.

Suites très simples. La malade quitte le service au dix-septième jour. La guérison s'est maintenue depuis.

OBSERVATION V.

*Fistule vésico-vaginale d'origine traumatique. — Dédoublement.
Guérison.*

G... (Marie), 70 ans, mariée, cultivatrice.

A toujours été bien portante. Quatre accouchements normaux.

Le 9 juin 1907, elle est victime d'un accident; elle est pressée violemment contre un arbuste par une voiture, et une branche, déchirant la grande lèvre droite, la blesse dans le vagin. Hémorragie assez abondante; son médecin suture la déchirure de la grande lèvre et tamponne le vagin. La déchirure s'infecte, la fièvre s'allume, les sutures se désunissent. Quatre semaines après l'accident, la malade ressent des brûlures à la miction et elle est presque constamment mouillée.

Admise le 20 avril 1908 à la clinique.

Examen. — Malgré son âge, la malade est encore alerte; elle ne se plaint que d'être mouillée si elle n'urine pas dès qu'elle en sent le besoin et de brûlures après les mictions, qui sont très fréquentes.

La grande lèvre droite présente une cicatrice épaisse, sinueuse, adhérente, mais non sensible et complètement sèche.

A 3 centimètres de l'orifice vulvaire, un peu à gauche de la ligne médiane, sur la paroi vaginale antérieure, il y a une fistule, en forme de clapet, par laquelle un Hégar n° 9 passe directement dans la vessie. L'urine ne coule que dans la position debout, à moins que la malade ne résiste trois ou quatre heures à l'envie d'uriner. Bords de la fistule très indurés.

Urines troubles, fortement purulentes. Utérus atrophié; paramètres libres.

Capacité vésicale : 100 à 120 cc.

Préparation habituelle en vue de l'intervention.

Opération (5 mai 1908) (Fehling). — Anesthésie à l'éther.

Incision ovale autour de la fistule, prolongée très loin latéralement. La dissection de la muqueuse vaginale est assez aisée; on tombe sur un orifice vésical gros comme un noyau de cerise, la muqueuse est épaissie, grisâtre; on en excise une couronne. Suture par quatre points séparés de catgut prenant la sous-muqueuse. Le vagin est fermé par-dessus, en suture croisée, aux fils d'argent. Tampon vaginal. Sonde à demeure.

Suites très simples, sans élévation de température. Tous les jours, deux lavages prudents de la vessie; la sonde est supprimée le septième jour et les fils sont enlevés le dixième. La malade part le seizième jour et est restée guérie; la cystite a disparu en trois semaines.

OBSERVATION VI.

Fistule vésico-vaginale après Wertheim. — Dédoublement : échec.

K... (Elise), 49 ans, mariée, sans profession.

Le 17 juin 1907, opérée pour cancer du col : hystérectomie élargie à la Wertheim. Le décollement de la vessie a été pénible. Le huitième jour après l'intervention, de l'incontinence d'urine est apparue, d'abord légère, puis très marquée dans la station debout.

Admise le 10 septembre 1907 à la clinique.

Examen. — Bon état général. Depuis le mois de juin, la malade a engraisé de quatre livres. L'incontinence est très légère au lit, mais très gênante pour la malade dès qu'elle se lève, s'assied ou marche.

Léger érythème des plis génito-cruraux et du périnée.

Infundibulum vaginal très court; cicatrice assez souple. Au-dessus de la cicatrice, un peu à gauche de la ligne médiane, il y a un orifice, qui a 1 centimètre sur 4 ou 5 millimètres, et qui conduit directement dans la vessie. Les bords sont très durs; la muqueuse environnante est également cartonnée.

Le petit bassin paraît libre. Pas d'ascite.

Urines troubles; mictions fréquentes, très douloureuses, n'aboutissant qu'à l'émission de 10 ou 20 cc. d'urine sale. Le rein gauche paraît augmenté de volume et il est sensible.

La température monterait parfois à 38-38°5, aux dires de la malade. Elle est normale à son admission à la clinique.

Cystoscopie. — Vessie rétractée, très rouge. On aperçoit difficilement, près du méat urétéral gauche, un cratère grisâtre, où flottent des lambeaux fibrineux. Les bords du méat gauche sont éversés et ulcérés.

La malade est mise à la diète lactée, avec urotropine; on fait des instillations quotidiennes dans la vessie au nitrate d'argent et des irrigations du vagin au permanganate.

Peu à peu, les urines deviennent claires, les mictions beaucoup moins douloureuses, et le rein gauche indolore.

Opération (29 septembre) (Fehling). — Anesthésie à l'éther-chloroforme.

Débridement latéral du périnée, qui permet de placer des valves larges. La fistule, saisie par quatre points de catgut, se laisse mal attirer; avec peine on la circonscrit par une incision ovale, prolongée de 1 centimètre de chaque côté. Le vagin est décollé, sous un fort suintement sanguin; on n'arrive pas à bien libérer la vessie; une suture en bourse est placée tant bien que mal sur la brèche vésicale. Les tranches vaginales sont réunies par cinq fils d'argent. L'étanchéité est vérifiée et reconnue complète. Sonde à demeure.

Suites. — La sonde est changée tous les jours, supprimée le septième. A ce moment, la malade recommence à se sentir mouillée; la sonde est replacée jusqu'au dixième jour. On enlève alors les fils d'argent; les bords de la plaie, grisâtres, ont vilain aspect. Lever au quinzième jour; l'incontinence est forte dans la station debout. A la sortie de la malade, à la fin de la troisième semaine, on constate, à la limite gauche de la plaie opératoire, une perte de substance circulaire, de 7 à 8 millimètres de diamètre, par laquelle l'urine suinte constamment. Une nouvelle intervention est prévue pour le mois de décembre, mais la malade ne revient pas.

OBSERVATION VII.

Grosse fistule vésico-vaginale après hystérectomie vaginale pour cancer du col. — Dédoublément. — Fermeture en trois plans. — Guérison.

M... (Elise), 52 ans, mariée, sans profession.

Opérée il y a deux mois pour cancer du col : hystérectomie vaginale élargie; la vessie n'aurait pas été blessée. Néanmoins, au douzième jour après l'intervention, la malade se sent constamment mouillée.

Admise le 11 avril 1908.

Bon état général. Sur la cicatrice vaginale, un peu à gauche de la ligne médiane, très grosse fistule, perméable à deux doigts, menant directement dans la vessie.

Urines claires.

Opération (14 avril) (Schickelé). — Anesthésie à l'éther.

Débridements latéraux de la fistule, sur 2 centimètres de chaque côté. La séparation du vagin et de la vessie est assez aisée. La brèche vésicale, très grande, à bords très irréguliers, est fermée, après régularisation des bords, par une série de six points passés de haut en bas verticalement. Une suture en bourse est faite au-dessus, en prenant un peu de sous-muqueuse. Le vagin est enfin suturé, au catgut également, en allant de gauche à droite, de façon à obtenir deux lignes de suture croisées.

Tampon vaginal; sonde à demeure.

Aucune réaction fébrile après l'intervention. Sonde changée tous les jours à partir du 19 et retirée la journée à partir du 21, pour être supprimée le 23. Un peu d'écoulement la première semaine. Guérison complète, qui se maintenait quatre mois après. Décédée deux ans après, de récurrence du cancer.

OBSERVATION VIII.

Fistule vésico-vaginale « post partum ». — Dédoublement : échec.

Deuxième opération par dédoublement : Guérison.

L... (Anna), 41 ans, mariée, cultivatrice.

Quatre accouchements, le dernier en 1901, ayant nécessité à domicile la perforation de l'enfant. Depuis lors, elle perd constamment les urines dans la station debout, et surtout pendant la marche.

Admise le 17 octobre 1908.

Examen. — Bon état général. Eczéma de la vulve, du périnée et des cuisses jusqu'aux genoux. Cicatrice d'épisiotomie. Vulve béante, avec un certain degré de rectocèle. Col gros, portant deux larges érosions; lèvres antérieure irrégulière, cicatricielle.

Sur la paroi antérieure du vagin, 2 cm 1/2 au-dessus de l'orifice externe, il y a une fistule ovalaire, perméable pour la sonde utérine. Du lait injecté dans la vessie apparaît par la fistule, dès qu'il y a une certaine réplétion. Lorsqu'on attire le plus fortement possible l'utérus en bas, la vessie reste continente.

Urines troubles; mictions douloureuses.

Préparation de la malade. L'eczéma se sèche peu à peu.

Opération (7 novembre 1908) (Schickelé). — Anesthésie à l'éther.

Tractions fortes sur le col, qui n'amènent qu'un abaissement médiocre de l'utérus. Incision entre l'orifice externe et la fistule; décollement de la vessie, suture oblique de la muqueuse vésicale. Excision des bords de la muqueuse vaginale, circonscrivant la fistule, et suture aux fils de soie, en obliquité inverse de celle du plan vésical. On remplit la vessie; le vagin reste sec.

Tampon vaginal. Sonde à demeure.

Le 8, la sonde s'arrête brusquement de couler; elle est bouchée par du sable urinaire. Le 14, il n'y a pas eu de réaction fébrile, mais la malade se mouille un peu quand elle tousse. La sonde est changée.

Le 19 on enlève les fils. Du lait injecté dans la vessie suinte dans le vagin. La sonde, qui avait été supprimée le 17, est remise en place.

Le 30, la sonde est enlevée. La malade est toujours plus ou moins mouillée.

La fistule s'est complètement rouverte et la malade accepte une seconde intervention.

Deuxième opération (3 décembre 1908) (Fehling). — Anesthésie à l'éther-chloroforme.

Large incision transversale, sur la précédente, mais poussée plus loin latéralement. La vessie est décollée jusqu'au cul-de-sac péritonéal, qui n'est pas ouvert. La brèche vésicale est repérée par quatre pinces fines, et le bord de la muqueuse régularisé. On la ferme par une suture en bourse au catgut très fin. Les bords vaginaux sont adossés par trois fils de soie prenant largement les tissus et l'affrontement exact est réalisé par cinq points de catgut.

Tampon vaginal, sonde à demeure.

Suites très simples. La sonde est changée tous les jours et supprimée à la fin de la première semaine. Les fils de soie sont enlevés le neuvième jour, et la malade se lève le dixième. La guérison est complète et se maintient telle.

Un mois après, *cystoscopie* : capacité vésicale de 350 cc. Légères lésions de cystite. Cicatrice stellaire, un peu en dehors du méat urétéral gauche, qui est intact.

OBSERVATION IX.

Double fistule vésico-vaginale, après hystérectomie vaginale pour cancer du col. — Dédoublement, avec modification de Cazamajor: échec.

N... (Catherine), 53 ans, célibataire, domestique.

Opérée en décembre 1908 pour cancer du col; extirpation vaginale. On ne sait pas si la vessie a été ouverte pendant l'intervention; quoi qu'il en soit, six jours après, la malade commence à se sentir constamment mouillée.

Se fait admettre à la clinique le 25 février 1909.

Examen. — L'état général est bon; depuis l'opération, la malade aurait notablement engraisé.

Par d'irritation notable de la vulve ni du périnée.

Le fond du vagin est complètement fermé; on ne sent nulle trace d'infiltration. Un peu au-dessus de la cicatrice, sur la ligne médiane, fistule perméable pour le pouce; quand la malade pousse, la muqueuse vésicale apparaît à travers l'orifice. A un 1/2 centimètre au-devant de cette fistule, on en remarque une seconde, plus petite, par laquelle passe une sonde de femme ordinaire, qui va directement dans la vessie. Le pont de muqueuse vaginale intermédiaire entre les deux orifices fistuleux est épaissi, rétracté.

Urines troubles; pas de sucre.

Opération (1^{er} mars 1908) (Fehling). — Anesthésie à l'éther.

Une incision divise le pont intermédiaire, mettant les deux fistules en communication. Dissection de la muqueuse vaginale poussée largement tout autour de la brèche. L'orifice vésical est unique; la muqueuse vésicale est invaginée dans la cavité de la vessie et fermée par points séparés au catgut fin. Puis le vagin est suturé à son tour en deux plans : un profond, en coulisse, pour rapprochement au catgut et un superficiel, à points séparés, au fil d'argent.

Tampon vaginal; sonde à demeure.

Peu après l'intervention, on s'aperçoit que la sonde ne donne rien; on la change aussitôt et des urines sanglantes commencent à couler.

Le septième jour, la malade, sèche jusque-là, se sent mouillée malgré la sonde à demeure.

Elle se lève le quatorzième jour, perdant les urines dans la position debout. L'examen au spéculum montre que les sutures n'ont pas tenu; on constate une grosse brèche, par laquelle l'urine coule à flots.

A la sortie de la patiente, le 21 mars, l'état est le même.

OBSERVATION X.

Petite fistule vésico-vaginale après hystérectomie totale pour fibrome utérin, avec prolongement intraligamentaire. — Dédoublement. — Guérison.

D... (Louise), 47 ans, veuve, couturière.

Son mari est mort de tuberculose pulmonaire.

Elle n'aurait jamais été malade jusqu'en 1918, où apparaissent des ménorragies, bientôt suivies de douleurs dans la région sacrée et du côté gauche du bas-ventre. Elle se fait admettre le 20 avril 1919, et l'on constate un fibrome, remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, portant, à gauche, un prolongement comme un petit poing, que l'on suppose intraligamentaire. Le Wa. est ++.

Le 26 avril, hystérectomie totale de droite à gauche, très difficile à cause de la portion intraligamentaire.

Quatre jours après, on constate l'écoulement d'urine par le vagin. Le 2 mai, du bleu de méthylène injecté dans la vessie reflue par le vagin, mais la fistule n'est pas nettement visible. Le 11 mai, tout écoulement par le vagin a cessé, et la malade quitte la clinique le 20 mai, la fistule paraissant guérie.

Elle revient le 13 octobre, après avoir subi un traitement au novarsénobenzol, qu'on a dû interrompre pour albuminurie. Trois jours après avoir quitté le service, la malade remarque qu'un peu d'urine coulait par le vagin, surtout quand elle était debout. Les mictions sont cependant restées abondantes et non douloureuses.

Examen. — Etat général assez déficient. Souffle aortique; aorte dilatée. Légère irritation des grandes lèvres.

Au fond du cul-de-sac du vagin, un peu à gauche de la partie médiane de la cicatrice opératoire, il existe une petite fistule, grosse comme une tête d'épingle, qui admet une sonde fine. Pas d'infiltration du petit bassin. Urines claires.

Opération (16 octobre) (Schickelé). — Anesthésie à l'éther.

Par quatre fils placés au-dessus et au-dessous de la fistule,

on attire celle-ci vers la vulve. On la circonscrit par une incision, qui permet de libérer peu à peu 1 centimètre de muqueuse vaginale, circulairement. Le pertuis vésical, gros comme un pois, est suturé en bourse au catgut très fin, et le tissu sous-muqueux est réuni au-dessus par quelques points isolés, médiocrement serrés. La muqueuse vaginale est suturée au catgut plus fort.

Tampon vaginal. Sonde à demeure.

Comme à l'habitude, de l'urotropine est donnée à la dose de 1 g. 50 par jour. La sonde est changée quotidiennement pour être enlevée le neuvième jour définitivement. Les suites ont été très simples, et la malade quitte la clinique le 29 octobre, complètement guérie.

OBSERVATION XI.

Fistule vésico-vaginale après Wertheim. — Echec d'une intervention antérieure, par voie basse. — Dédoublement : guérison.

S... (Catherine), 48 ans, mariée, sans profession.

Passé pathologique très restreint. Neuf accouchements et deux fausses-couches. Prolapsus depuis le dernier accouchement en 1903, maintenu par un pessaire.

Au printemps 1918, elle est opérée en Lorraine pour épithélioma du col : Wertheim. Depuis, elle perd constamment de l'urine et quelquefois du sang, par le vagin. En novembre 1918, le chirurgien qui a pratiqué le Wertheim essaie de fermer la fistule par voie vaginale : échec.

Admise à la clinique le 4 septembre 1919.

Examen. — Etat général bon. Petite hernie cicatricielle. Au fond du vagin, un peu au-dessus de la cicatrice, fistule, perméable pour deux doigts, qui conduit directement dans la vessie; à l'angle inférieur de la fistule, léger prolapsus de la muqueuse vésicale. Pas d'infiltration du petit bassin; urètre bien perméable. Urines claires. A noter un peu d'eczéma de la vulve.

Préparation de la malade : Bains de siège; urotropine; badigeonnage de petites ulcérations de la muqueuse au protargol; lotions d'eau boricuée amidonnée.

Opération (13 septembre) (Keller). — Anesthésie à l'éther.

On éprouve quelques difficultés à attirer la paroi vaginale antérieure. La fistule est avivée sur tout son pourtour et l'incision est poussée loin latéralement de chaque côté. Dissection minutieuse de la muqueuse vésicale et de la muqueuse vaginale. Suture de la muqueuse vésicale avec six points de catgut fin; pour renforcer celle-ci, suture en bourse de la sous-muqueuse. Enfin, suture de la muqueuse vaginale par deux rangées de catgut, l'une profonde et prenant largement les tissus, l'autre superficielle, d'affrontement. L'étanchéité est vérifiée parfaite. Sonde à demeure. Tampon vaginal.

Suites très simples, sans élévation de température. Sonde enlevée la journée, au quatrième jour, et définitivement le douzième jour où la malade se lève.

Quitte le service au dix-septième jour, guérie, ne conservant qu'une légère pollakiurie nocturne.

OBSERVATION XII.

Fistule vésico-vaginale après hystérectomie vaginale pour cancer du col. — La fistule est bouchée par un calcul. — Intervention par dédoublement. — Mort au huitième jour par embolies pulmonaires provenant d'un cancer du rein gauche ignoré.

K... (Marie), 75 ans, célibataire, cuisinière.

Opérée en mai 1918 pour cancer du col, par hystérectomie vaginale élargie, au cours de laquelle la vessie subit une grosse déchirure immédiatement suturée. Il s'ensuivit une fistule vésico-vaginale, contre laquelle une intervention, en juillet 1918, resta sans effet.

Admise à la clinique le 1^{er} août 1921.

Depuis la première opération (et la seconde n'a rien modifié), la malade se sent constamment mouillée, surtout après la marche. Les mictions sont fréquentes, mais peu douloureuses.

Depuis cinq à six semaines, les urines sont teintées de sang, et, fait qui n'a peut-être pas suffisamment retenu l'attention, les der-

niers jours qui ont précédé l'admission, ces hémorragies sont devenues plus fortes, avec expulsion de gros caillots dans les urines.

Examen. — Très bon état général.

Le vagin est transformé en un cul-de-sac cicatriciel, très court, au fond duquel se trouve une fistule, plus petite qu'une pièce de 50 centimes, par où l'urine coule. Sur un bord de cette fistule est encore un crin, que l'on enlève. Une sonde introduite dans cette ouverture heurte un corps dur (calcul ?); une deuxième sonde, poussée par l'urètre, ne heurte pas le corps en question qui paraît séparé de la cavité vésicale par une couche de tissus.

La vessie retient en position couchée jusqu'à 200 cc. environ.

Opération (le 5 août) (Schickelé). — Anesthésie rachidienne, très bonne, mais suivie à la fin de l'intervention d'un shock assez dramatique, bien que court.

Une sonde introduite dans la fistule en heurte une autre poussée par l'urètre.

Incision transversale contournant la fistule en avant. En écartant les lèvres de la plaie, on arrive à voir le calcul et à l'extraire; le contenu de la vessie se vide aussitôt par l'orifice ainsi créé. On saisit le bord libre de la muqueuse vésicale avec une pince de Kocher, et on complète l'avivement des bords de la fistule. Par quelques sutures isolées au catgut, prenant le tissu sous-muqueux seulement, on ferme la brèche vésicale. La muqueuse vaginale est suturée aux crins de Florence.

Tamponnement lâche du vagin. Sonde à demeure.

Le 6 août, on enlève le tamponnement vaginal, qui paraît sec. Des urines fortement sanglantes s'écoulent par la sonde.

Le 10, la température monte à 38°6; le vagin reste sec.

Le 11, subitement, à 5 heures de l'après-midi, collapsus débutant par une dyspnée intense.

Le 12, malgré un traitement énergique, la situation reste très grave; la dyspnée persiste et le pouls est de plus en plus filant et irrégulier. Le vagin reste toujours sec.

Le 13, la malade agonise et meurt dans la soirée.

La *nécropsie* montre l'existence d'une tumeur de Grawitz du rein gauche, développée dans le pôle inférieur; des bourgeons néoplas-

ques sont trouvés dans la veine rénale. Embolies pulmonaires bilatérales, très probablement néoplasiques.

La muqueuse vésicale correspondant à la fistule a un aspect sale nécrotique; la suture sous-muqueuse a tenu; la muqueuse vaginale était en bonne voie de cicatrisation.

OBSERVATION XIII.

Fistule vésico-vaginale après curiethérapie pour cancer du col.

Dédoublement : guérison.

K., (Anna), 52 ans, mariée, sans profession.

Traitée en 1918 pour cancer du col par radiumthérapie (50 millicuries détruites dans et devant le col en six jours), qui a été suivie, quinze jours après la fin de l'application, d'une fistule vésico-vaginale.

Admise le 27 juin 1922.

Etat général très bon. N'a plus d'hémorragies depuis le traitement curiethérapique. Ne se plaint que d'être constamment mouillée.

Examen local. — Au fond du vagin rétréci, où on ne reconnaît plus de col, il y a un cratère qui porte une fistule ovalaire de 3 millimètres sur 2, qui laisse suinter un liquide colorant injecté dans la vessie. L'utérus, augmenté de volume, est assez mobile; les paramètres sont libres et les ligaments utéro-sacrés souples; il n'y a pas d'ascite; en somme, aucun signe de récurrence de l'épithélioma.

Cystoscopie. — Capacité vésicale : 250 cc.

Entre les deux orifices urétéraux, à un centimètre du gauche, on trouve le cratère de la petite fistule vésico-vaginale. Les orifices urétéraux sont d'ailleurs difficiles à distinguer du tissu blanchâtre qui les entoure; lésions diffuses du cystite chronique.

Lavages vésicaux; instillations au nitrate; urotropine.

Opération (le 4 juillet 1922) (Schickelé). Rachianesthésie.

Les bords du cratère, saisis avec plusieurs Museux, permettent une certaine exposition de la fistule, au-dessous de laquelle est tracée une incision transversale de 4 centimètres. La dissection est très difficile, et la vessie est libérée très prudemment; le tissu sous-

muqueux est fermé par une bourse. La muqueuse vaginale est prise par deux rangées de sutures : profonde de rapprochement et superficielle d'affrontement, toutes deux aux crins

Tampon vaginal, sonde à demeure.

Suites sans incidents; la sonde est retirée au septième jour; les crins sont coupés le neuvième.

La malade part guérie au début de la troisième semaine.

Elle est revue quatre semaines plus tard; elle ne se mouille plus et n'a gardé qu'une certaine pollakiurie nocturne. On fait une cystoscopie de contrôle :

OEdème bulleux, de tout le trigone; on ne peut repérer les orifices urétéraux. On aperçoit le cratère noir de la fistule, qui semble très peu profond, et duquel s'échappent, flottent des lambeaux de fibrine animés de battements synchrones au pouls.

La cystite est traitée par des instillations au nitrate, et en trois semaines les mictions sont tout à fait normales.

OBSERVATION XIV.

Grosse fistule vésico-vaginale « post partum ». — Dédoublement atypique : échec. — Deuxième intervention : autoplastie vaginale : échec.

O... (Marie), 36 ans, mariée, cultivatrice.

Envoyée, le 31 mai 1926, à la clinique par son médecin, pour cure d'une fistule vésico-vaginale, consécutive à son premier accouchement, en février dernier. L'accouchement a été long, laborieux, et s'est terminé au bout de quarante-huit heures par l'expulsion d'un enfant mort-né, de dimensions moyennes. Le surlendemain, l'incontinence d'urine est apparue. Elle n'a jamais ressenti de douleurs lombaires ou abdominales. Les suites de couche sont apyretiques.

Examen. — Femme obèse, en très bon état général.

Vulve béante : érythème descendant sur la partie supérieure des cuisses; nombreux furoncles à la région fessière. A 4 centimètres au-dessus du méat urinaire, sur la ligne médiane, la fistule apparaît comme un bourgeon, par lequel l'urine suinte. Le bord supérieur

de la fistule est attiré par des cicatrices qui vont jusqu'au pubis.

La distance du bord inférieur de la fistule au col est d'environ 5 à 6 centimètres. La muqueuse qui entoure la fistule est peu mobile, fixée par du tissu cicatriciel. Une sonde introduite dans l'urètre sort facilement par la fistule, mais pour pénétrer dans la vessie, il faut la retirer de 1 centimètre et la faire tourner de 180 degrés. On admet qu'il y a section, partielle ou complète, de l'urètre à son abouchement dans la vessie.

On fait deux injections de propidon dirigées contre les furoncles qui disparaissent rapidement. 1 gramme par jour d'urotropine.

Opération (le 12 juin) (Schickelé). — Rachianesthésie.

Incision médiane menée jusqu'à 1/2 centimètre du méat. On sectionne les brides cicatricielles qui fixent les bords de la fistule, qui est complètement mise à nu. On reconnaît l'urètre, transversalement sectionné, tout près de son origine, après avoir détaché la vessie du col utérin. La plus grande partie de la fistule siège cependant sur la paroi postérieure du réservoir urinaire. La fistule vésicale est maintenant largement circonscrite par deux incisions latérales courbes; on la ferme par quelques points de catgut réunis aux bords de l'incision première sagittale, suturée à son tour. Enfin, les incisions vaginales sont suturées, sans tension, grâce à la section préalable des brides cicatricielles. L'aspect final, en croix ou en T renversé, est un peu asymétrique, le lambeau gauche, plus grand que le droit, ayant été ramené, pour la suture, au delà de la ligne médiane. Tampon vaginal; sonde à demeure.

Jusqu'au quatrième jour, tout va bien; le cinquième, la sonde se bouche et la malade se sent mouillée. On remet une nouvelle sonde, qui se bouche à nouveau. On injecte doucement dans la vessie un peu de liquide, qui coule par le vagin. Une sonde est encore laissée à demeure; la malade ne se mouille pas, mais, le quinzième jour, l'incontinence s'installe à nouveau. A la troisième semaine, l'examen montre un bon aspect, sans suppuration, de la plaie dont on cautérise les bords au nitrate d'argent.

Au bout d'un mois, la situation est la suivante : incontinence dès que la malade quitte le décubitus dorsal. A la sortie, le 8 août 1926, la fistule est perméable pour la pulpe de l'index.

La malade accepte la proposition qui lui est faite de revenir dans huit ou dix semaines pour réintervention.

Réadmission le 10 janvier 1927.

L'incontinence a persisté pendant tout le séjour de la malade chez elle, mais n'était vraiment gênante que pendant la marche.

Examen. — Légère rougeur de la vulve. Le diamètre de la fistule est de deux centimètres; elle est située à deux travers de doigt sous le méat.

Urines légèrement troubles.

Urotropine; lavages, instillations vésicales.

Réintervention (18 janvier 1927) (Schickelé). — Rachianesthésie.

Préparation d'un volet dont la base correspond au bord latéral droit de la fistule et qui doit être rabattu de droite à gauche, face orientée vers la cavité vaginale.

Préparation d'un deuxième volet, dont la base suit le pli latéral gauche du vagin, et dont le bord libre affleure la fistule. Il est destiné à recouvrir la face cruentée du premier volet.

Les deux volets sont fixés comme il a été dit, le deuxième sur le premier, qui est réuni par trois fils de catgut à la base de son opposé.

Quelques points séparés fixent les bords supérieurs et inférieurs des volets aux tranches de muqueuse vaginale incisée.

On fait ensuite une cystostomie; un tube est laissé dans la vessie et une sonde à demeure est placée par l'urètre.

Suites opératoires. — Trois fois par jour, on fait passer un courant d'une solution de borate de soude par la sonde urétrale. Quand celle-ci se bouche momentanément, les urines coulent par le drain vésical. La température est restée normale. Le 28 janvier, on remplace le tube vésical par une petite sonde, retirée le 30, tandis qu'une sonde urétrale est maintenue et changée tous les jours. Le 1^{er} février, pour la première fois, la malade est un peu mouillée.

Le 5, on enlève la sonde; couchée, la patiente retient les urines; assise, elle se mouille.

Examen (le 10). — Le premier volet, celui qui est profond, semble avoir bien tenu, mais le second, celui qui recouvre l'autre, s'est nécrosé près de sa base, et il persiste une fistule, de dimensions

moitié moindres que celles de la fistule consécutive à la première intervention.

La malade quitte le service le 12 février. Elle garde son incontinence diurne; les mictions sont indolores et elle ne se mouille pas davantage à ce moment. Elle ne paraît pas très décidée à se prêter à la troisième tentative projetée.

OBSERVATION XV.

Grosse fistule vésico-vaginale « post partum ». Dédoublement en position de Sims : échec partiel. — Réintervention par avivement ; succès.

Rösch... (Catherine), 26 ans, mariée, cultivatrice.

Trois accouchements, les deux premiers normaux. Le troisième date du 3 janvier 1903. Les douleurs ont commencé le 30 décembre 1902; le 2 janvier, un médecin est appelé, et applique un forceps, qui dérape. Le lendemain matin, la femme expulse spontanément un enfant mort. Trois jours après, elle voit couler de l'urine par le vagin; puis une fièvre de deux semaines s'installe. Le 26 janvier, le médecin constate une fistule vésico-vaginale grosse comme une pièce de 2 francs.

Admise le 13 février à la clinique.

Les urines ont continué à couler par le vagin; il y a encore des mictions, mais très peu abondantes.

Examen. — Femme amaigrie, en mauvais état général.

Vulve œdématiée, couverte d'excoriations descendant jusqu'à l'anus. L'orifice vulvaire est recouvert de membranes grisâtres. Au niveau du tiers moyen du vagin, sur la paroi antérieure, fistule circulaire de la grandeur d'une pièce de 2 francs, qui conduit directement dans la vessie. Par cette fistule, un grand lambeau de muqueuse, de 3 ou 4 centimètres, flotte dans le vagin.

Utérus agrandi, en antéversion. Déchirure latérale gauche du col, irrégulièrement cicatrisée.

Toutes les urines sont dérivées depuis quelques jours; plus rien ne passe par l'urètre. Elles sont troubles.

Nettoyage du vagin : trois irrigations quotidiennes au perman-

ganate, et un lavage de vessie à l'eau boriquée. Les excoriations vulvaires sont lavées au vin camphré.

Opération (23 mars) (Fehling). — Anesthésie à l'éther-chloroforme. La fistule se laisse commodément attirer dans la position latérale de Sims. Incision de Schuchardt sur le périnée, pour avoir un accès meilleur. Les bords de la fistule sont très indurés et la muqueuse vaginale environnante a perdu beaucoup de sa souplesse jusqu'à 2 ou 3 centimètres de l'orifice fistuleux. La fistule est circonscrite par une grande incision ovale, prolongée par deux débridements latéraux. La dissection est très difficile, très sanglante, en particulier au niveau du lambeau profond. On arrive cependant à mettre à nu la muqueuse vésicale, déchiquetée, sphacélique, prolabée à travers un orifice grand comme une pièce de 50 centimes. On la ferme par une suture en bourse au catgut fin, puis quelques points perdus sont passés dans la sous-muqueuse. Enfin, les tranches vaginales sont adossées par trois fils de soie assez superficiels et quatre fils d'argent profonds. Sonde à demeure.

Suites opératoires. — La température est montée le deuxième et le troisième soir à 38°2. La sonde est changée tous les jours et supprimée le huitième. Les fils d'argent et de soie sont enlevés le dixième jour; la cicatrice paraît excellente.

Néanmoins, à partir du treizième jour, la malade se sent mouillée. Du lait injecté dans la vessie et coulant dans le vagin permet de voir sur le débridement latéral droit une petite fistule grosse comme un pois, dont on décide de tenter la fermeture.

Réintervention le 27 avril 1903 (Reeb). — Anesthésie à l'éther, chloroforme. Position de Sims. Les bords de la petite fistule sont avivés en cuvette et on les ferme en un plan avec trois fils d'argent. Sonde à demeure.

Le 1^{er} mai, on change le cathéter.

Le 4, on enlève les fils et on supprime la sonde. La malade est un peu mouillée, sauf quand elle se couche sur le côté droit.

Le 16, la malade reste sèche. Du lait injecté sous pression dans la vessie ne reflue pas par le vagin.

Le 19, poussée de pyélite, qui cède rapidement.

Elle sort guérie le 27 mai.

OBSERVATION XVI.

Fistule vésico-vaginale après hystérectomie vaginale élargie pour cancer du col. — Avivement : guérison.

Reinb... (Amélie), 33 ans, mariée, cultivatrice.

Pas d'antécédents pathologiques notables.

Après trois mois de métrorragies, elle subit, le 24 octobre 1919, une hystérectomie vaginale élargie pour cancer du col, avec infiltration débutante du paramètre gauche et des ligaments utéro-sacrés. Au cours de cette intervention, la vessie aurait été lésée et la brèche réparée par une suture en bourse. Dix jours après, les urines auraient commencé à couler par le vagin; les suites opératoires ont été agitées : fièvre, menaces d'iléus, et le Douglas aurait été le siège d'une grosse infiltration inflammatoire.

Admise le 13 décembre à la clinique.

Examen. — L'état général est bon, le pannicule adipeux très abondant. Pas de lésions irritatives des organes génitaux externes. La cicatrice opératoire est très adhérente, le Douglas est très infiltré. La fistule, dont les dimensions sont de 4 millimètres sur 2 environ, est enfoncée sous des bords cicatriciels, très durs, et la muqueuse vaginale est infiltrée assez loin tout autour.

Urines claires.

Les procédés de dédoublement ne peuvent être de mise ici, étant donnée la rigidité de la muqueuse environnante, qui ne se prêterait pas à un clivage. On décide, avant de recourir à une intervention par voie haute, de tenter un avivement.

Opération (18 décembre 1919) (Schickelé). — Anesthésie à l'éther. On n'arrive pas à attirer la fistule, son bord gauche étant particulièrement adhérent. Avec peine, on arrive à faire un cône d'évidement en entonnoir profond, dont la base a les dimensions d'une pièce de 2 francs. Les coins de la plaie sont réunis par des points isolés, et le restant par un surjet au catgut.

Tampon vaginal. Sonde à demeure.

Contre toute attente, les sutures tiennent; la sonde est enlevée défi-

nitivement au neuvième jour, et la malade part guérie au début de la troisième semaine.

Elle se maintenait guérie six semaines après, mais l'infiltration du Douglas persistait.

OBSERVATION XVII.

Double fistule vésico-vaginale, après hystérectomie vaginale pour fibrome. — Avivement : échec.

W... (Marie), 53 ans, mariée, sans profession.

Nullipare. Opérée il y a un an pour fibrome : extirpation subtotale avec les annexes. Dix jours après, elle a commencé à perdre les urines par le vagin, puis les mictions sont devenues fréquentes et douloureuses.

Se fait admettre le 4 octobre 1901.

Actuellement, elle ne perd les urines qu'en marchant; au lit, elle reste sèche.

Examen. — Léger eczéma et épaissement des téguments de la vulve et du périnée, ne descendant pas jusqu'aux cuisses.

Le col se laisse assez bien attirer près de la vulve: Trois centimètres derrière le méat urinaire, la muqueuse vaginale se plisse en entonnoir, au fond duquel s'ouvre une fistule qui admet un Hégarn° 8. Deux centimètres en arrière, il y a une seconde fistule plus petite. Urines claires. Paramètres libres; Douglas un peu sensible.

Opération (6 octobre) (Fehling). — Anesthésie au chloroforme.

On fait un grand avivement infundibuliforme, englobant les deux fistules, poussé jusqu'à la muqueuse vésicale. Suture aux fils d'argent en un plan.

Tampon vaginal. Sonde à demeure.

Suites. — Pas de réaction fébrile, mais, au septième jour, un peu d'urine filtre par le vagin. La sonde est supprimée le neuvième jour et les fils enlevés le onzième. Du lait injecté par la vessie reflue dans le vagin par le trajet de l'ancienne petite fistule, qui n'a pas guéri.

L'incontinence est faible dans le décubitus, assez marquée pendant la marche.

OBSERVATION XVIII.

*Fistule vésico-vaginale « post-partum ». — Avivement à l'américaine.
Guérison.*

B... (Marie-Anna), 46 ans, mariée, femme de journée.

Six accouchements; le premier et le troisième normaux; le second terminé par perforation, le quatrième, compliqué de procidence du cordon; le cinquième était une présentation du siège; enfin le sixième, le 11 août 1901, s'est terminé spontanément par l'expulsion d'un gros enfant mort, mais après trois jours de travail.

Six jours après ce dernier accouchement, la parturiente avait remarqué qu'elle était constamment mouillée; depuis lors, cette incontinence d'urine a persisté, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Vient à la clinique le 11 octobre 1901.

Examen. — Femme amaigrie, anémique. Pas d'irritation notable des organes génitaux externes. Utérus agrandi, en rétroflexion. A un centimètre du bord inférieur de la lèvre antérieure du col, un peu à gauche de la ligne médiane, se trouve un orifice fistuleux, dans lequel on peut introduire une sonde de femme ordinaire et qui mène par un trajet un peu oblique vers la droite, dans la vessie. Le col est à peu près intact.

Couchée, la femme peut retenir une certaine quantité d'urine; debout, l'incontinence est presque complète. Urines claires.

Opération (15 octobre) (Fehling). — Anesthésie à l'éther-chloroforme.

Le col se laisse bien attirer. On emploie la méthode américaine : avivement très large en cuvette, jusqu'à la muqueuse vésicale, qui est respectée. Suture en un plan avec quatre fils d'argent.

Tampon vaginal; sonde à demeure.

Suites simples.

La sonde est changée tous les jours, supprimée au neuvième, tandis que les fils sont enlevés le onzième.

La malade se lève le douzième jour; elle est restée complètement sèche. Mictions normales.

Elle quitte le service le 30 octobre, guérie.

OBSERVATION XIX.

Fistule vésico-vaginale après hystérectomie vaginale pour tuberculose pulmonaire et gravidité. — Procédé de Braquehayé. — Guérison.

B... (Marie), 36 ans, mariée, sans profession.

A été opérée en février 1911, d'hystérectomie vaginale, avec annexes, pour gravidité et tuberculose pulmonaire (?). Les suites opératoires ont été bénignes, mais, huit à dix jours après l'intervention, la malade se sentait constamment mouillée. Par contre, l'état général se serait considérablement amélioré et elle aurait engraisé de cinq kilos.

Admise à la clinique le 17 avril 1911.

Examen. — Etat général déficient.

Poumons : Sommet gauche respire moins bien que le droit. Pas de signes de ramollissement. (L'indication d'interruption de grossesse et de stérilisation a dû être posée avec légèreté).

Organes génitaux : Vulve peu irritée. Vagin large. Au milieu de la cicatrice vaginale, petite ouverture, grosse comme un pois, par où suinte de l'urine. Les bords sont durs, cartonnés, et, jusqu'à 1 centimètre de la fistule, la muqueuse vaginale est épaissie. Le petit bassin est libre.

Urines troubles; capacité vésicale réduite de moitié.

On commence par laver la vessie et à faire des instillations au nitrate d'argent. Peu à peu, les urines redeviennent claires.

Opération (1^{er} mai 1911) (Fehling). — Anesthésie au chloroforme.

Le fond du vagin bien exposé, on fait, autour de la fistule, une incision circulaire englobant toute la zone nettement cartonnée (2 centimètres de diamètre environ). Cette collerette est péniblement disséquée de la périphérie vers la fistule, puis repliée sur elle-même, la face muqueuse vers la vessie, dont on ne s'occupe pas, et ainsi suturée. Les bords du vagin sont ensuite rapprochés et suturés par points séparés avec des fils d'argent.

Tampon vaginal. Sonde à demeure.

Le 15 mai, lorsque la sonde est enlevée, quelques gouttes d'urine suintent dans le vagin. A l'extrémité droite de la suture vaginale

persiste une petite fistulette. Celle-ci se fermera spontanément quelques semaines plus tard.

La malade est revue, guérie, en février 1912.

OBSERVATION XX.

Fistule cervico-vésicale « post partum ». — *Dédoublement : échec.*

Réintervention. — *Dédoublement avec ouverture du canal cervical : échec.*

M... (Catherine), 30 ans, mariée, cultivatrice.

Six accouchements, dont le dernier, en juillet 1901, a été pénible : procidence d'un bras, version, enfant mort. Trois jours après, l'incontinence d'urine s'installe pour ne plus disparaître.

Vient le 27 septembre 1901 à la clinique.

Examen. — Peu d'irritation des téguments. Vagin court; mais large. La lèvre antérieure du col est très déchiquetée; juste au-dessus de son bord libre, on remarque un orifice, un peu à droite de la ligne médiane, perméable pour un doigt, et qui conduit dans le col, d'une part, dans la vessie, d'autre part. Urines troubles.

L'intervention est préparée par des instillations vésicales et des irrigations vaginales.

Opération (9 octobre) (Fehling). — Anesthésie à l'éther-chloroforme.

Les deux lèvres du col sont saisies séparément; l'utérus descend très peu. La fistule est circonscrite, et l'incision poussée le plus loin possible sur le vagin, vers la droite. Les deux lambeaux sont fortement attirés, l'un en haut, l'autre en bas; on achève de sectionner quelques brides cicatricielles pour mettre bien en vue le canal cervical. Une sonde introduite dans la fistule pénètre à gauche dans l'utérus, à droite dans la vessie, par la même ouverture. La muqueuse vésicale, qui est prolabée dans le canal cervical, est préparée au bistouri et suturée au catgut fin; la vessie, remplie de permanganate, reste étanche. On suture ensuite le canal cervical au catgut, puis les bords vaginaux sont fermés à leur tour aux fils d'argent.

Tampon vaginal. Sonde à demeure.

Suites. — Légère température les trois premiers jours. La sonde est supprimée le septième jour, les fils le neuvième. La vessie reste continente jusqu'au 27 octobre, date à laquelle un suintement dans le vagin réapparaît.

A la sortie de la malade, le 30 octobre, l'échec est certain. La malade promet de revenir dans deux ou trois mois.

Réadmission le 1^{er} juillet 1902.

La malade a quelques mictions spontanées; debout, elle arrive à garder ses urines, mais couchée, elle est constamment mouillée.

Les téguments voisins de l'orifice vulvaire sont légèrement irrités.

L'ancienne fistule est maintenant séparée en son milieu par un pont de tissu cervical; il y a donc deux fistules, l'une vésico-vaginale; l'autre vésico-cervicale.

Réopération (4 juillet 1903) (Fehling). — Anesthésie à l'éther-chloroforme.

L'utérus se laisse toujours très peu attirer et il est difficile d'exposer la fistule. Le pont cicatriciel est sectionné, pour n'avoir qu'une fistule. On incise largement et transversalement le vagin, et on commence à décoller la vessie. On avait l'intention de pousser jusqu'au péritoine et d'abaisser celui-ci, mais l'exposition de la région est trop mauvaise; on doit y renoncer. On suture alors la brèche vésicale, mise à nu, par une bourse au catgut fin. Puis on incise délibérément le moignon cicatriciel de la lèvre antérieure du col, ce qui permet de mettre bien à jour l'orifice cervical : le col est reconstitué au catgut; on y introduit une sonde. Le vagin est enfin, après avivement, fermé aux fils d'argent.

Sonde à demeure.

Suites. — La sonde utérine est enlevée le quatrième jour, la sonde vésicale le sixième; les fils sont coupés le dixième jour. A ce moment, l'urine suinte à nouveau dans le vagin, par l'orifice du col.

La malade quitte le service le 22 juillet; l'incontinence est la même qu'auparavant.

Elle n'a pas eu ultérieurement de dysménorrhée. Elle a refusé une troisième intervention.

OBSERVATION XXI.

Grosse fistule vésico-cervico-vaginale « post-partum ». — Dédoublement avec incisions de décharge et discision du canal cervical : échec. Réintervention par avivement : échec.

K... (Marie), 29 ans, mariée, ouvrière.

Trois accouchements, les deux premiers (1897-1899) normaux. Le troisième, en octobre 1901, s'est terminé par une perforation, faite à domicile, après deux reprises infructueuses de forceps. Les suites de couches ont été troublées par une fièvre puerpérale sévère. Depuis le sixième ou le septième jour qui a suivi l'accouchement, la parturiente ne pouvait plus retenir ses urines, en particulier dans la station debout. Dans la station assise, l'incontinence n'apparaissait qu'au bout d'un certain temps.

Depuis lors, ces troubles ne se sont pas modifiés, sauf les brûlures à la miction, qui sont devenues beaucoup plus fréquentes et beaucoup plus fortes.

Admise à la clinique le 16 janvier 1902.

Examen. — Grandes lèvres, plis génito-cruraux, face interne des cuisses, sont le siège d'une rougeur intense. Fort écoulement vaginal. La lèvre antérieure du col est à moitié détruite et, au-dessus d'elle, une portion de la paroi antérieure du vagin, longue de 4 centimètres et large de plus de 2, manque : par cette brèche on pénètre directement dans la vessie. La lèvre postérieure est très longue. Utérus en forte rétroflexion. Urines très sales. Désinfection du vagin au permanganate; lavages de vessie; traitement de l'eczématisation.

Opération (24 janvier) (Fehling). — Anesthésie à l'éther-chloroforme.

On attire fortement la lèvre postérieure du col, puis le moignon de la lèvre antérieure est saisi à son tour. Incision ovalaire à 1 centimètre tout autour de la fistule. La vessie est peu à peu décollée, sous un suintement sanguin très abondant; les bords de la muqueuse, qui font hernie par l'orifice, sont régularisés. On passe quatre fils de catgut dans la sous-muqueuse, qui sont aussitôt noués. Les bords vaginaux ne se rapprochent pas sans tension. On fait alors

deux incisions sagittales de décharge placées tout près de l'union des parois latérales et de la paroi antérieure du vagin. Pour que la lèvre antérieure du col n'exerce pas de traction sur la fistule, on fait une discision du canal cervical. Le vagin est suturé avec des fils d'argent, sans tension.

Tampon vaginal. Sonde à demeure.

Suites. — Pas de réaction fébrile. Au dixième jour, lorsqu'on supprime la sonde, un peu d'urine coule par le vagin; la sonde est remise en place. Le quinzième jour, les fils d'argent sont enlevés; l'écoulement vaginal d'urine devient plus abondant, mais surtout dans la station debout; au lit, la malade est à peine mouillée.

Elle quitte le service le 11 février. La fistule est plus petite, de moitié environ, qu'avant l'opération. Une réintervention ultérieure a été proposée et acceptée.

Réadmission le 13 mars.

A 1 cm. 1/2 au-dessus et un peu à droite de l'orifice cervical, il y a une fistule à bords très épaissis, grosse comme une pièce de 1 franc. Par cette fistule, du permanganate injecté dans la vessie coule lentement dans le vagin, en position couchée, beaucoup plus fortement quand la malade s'assied. Urines claires.

Réintervention (19 mars) (Fehling). Anesthésie chloroforme-éther.

L'abord de la fistule est très malaisé. En tirant fortement sur la lèvre inférieure du col, on arrive cependant à une exposition suffisante. Préparation de la fistule d'après le procédé américain. Avivement de 1/2 centimètre, sans mobiliser la muqueuse vésicale. On passe, au milieu de la zone avivée, deux catguts, les coins sont rapprochés par deux fils d'argent. L'aiguille, en traversant la lèvre antérieure de l'avivement, charge des tissus du col.

Suites. — Fébrile (38°7 le premier soir, 40° le lendemain). Foyer de broncho-pneumonie à la base droite.

Le 26 mars, la température tombe définitivement. On enlève la sonde à demeure; la malade croit être mouillée.

Le 1er avril, on enlève les fils d'argent; on injecte du lait dans la vessie; quelques gouttes s'écoulent par le vagin.

Le 3 avril, la malade se lève; incontinence nette pendant la marche. A 1 cm. 1/2 au-dessus du col et à droite, on constate qu'il

existe encore un orifice gros comme un pois, à bords grisâtres, par lequel reflue le liquide colorant.

Le 15 avril, les bords de la fistule se sont nettoyés; la perte de substance est grosse comme un noyau de cerise. Une troisième intervention est prévue; elle ne sera pas exécutée, la malade quittant peu après le pays.

OBSERVATION XXII.

Fistule vésico-cervicale après avortement criminel probable. — Essai de déboulement avec suture seule du vagin : échec. — Réintervention. — Dédoublement avec suture en deux plans. — Guérison.

A... (Sophie), 35 ans, mariée, sans profession.

Antécédents. — Père mort de pleurésie, et mère décédée peu après son onzième accouchement.

A 24 ans, aurait été traitée pour anémie (p).

Sept accouchements, tous normaux, le dernier en 1906.

Anamnèse. — Dernières règles le 1^{er} août. Le 20 septembre, la malade aurait été prise brusquement et sans raison de douleurs abdominales avec frissons, fièvre, incontinence d'urine et fortes brûlures après les mictions, en même temps qu'elle présentait pendant une semaine d'assez fortes métrorragies. Elle se serait soignée avec de simples irrigations vaginales de camomille et n'aurait rien fait d'autre. Perd les urines dans la station debout.

Admise le 8 octobre 1907 à la clinique.

Femme en état général médiocre; traits tirés, muqueuses décolorées, langue saburrale, mais la température est de 37 degrés.

Examen gynécologique. — Organes externes sans particularités. Col derrière l'axe, fermé. Utérus en rétroposition, agrandi, peu mobile. Dans le cul-de-sac vésico-utérin, forte infiltration dure, sensible, en forme de croissant. Douglas libre. Ne saigne pas pendant l'examen. Urines fortement purulentes; très riche flore microbienne à l'examen microscopique.

Le 14 octobre, deux frissons successifs, avec fièvre à 39 degrés. Ecoulement vaginal assez abondant, d'odeur ammoniacale.

Le 16 octobre, les mictions sont très douloureuses; la malade est constamment mouillée. La température descend peu à peu.

Le 18, on peut examiner plus complètement la malade et on trouve, juste au-dessus de l'orifice externe du col, une petite fistule ovulaire, de 2 à 3 millimètres dans son plus grand diamètre, mais dont les bords sont verdâtres, nécrotiques; la muqueuse voisine est œdématisée.

Opération (23 octobre) (Guepen). — Anesthésie au chloroforme.

Incision ovulaire circonscrivant la fistule et avec prolongements latéraux. Sous la muqueuse vaginale, on tombe sur l'infiltration du cavum vésico-utérin, et on ne poursuit pas la dissection. On se contente d'aviver légèrement les deux bords de la tranche vaginale qu'on suture avec cinq points séparés au crin.

Tampon vaginal. Sonde à demeure.

Malgré une poussée fébrile jusqu'à 39 degrés, les trois premiers jours qui suivent l'intervention, la fistule paraît fermée; la sonde est enlevée au douzième jour, et la malade reste sèche. L'infiltration pré-utérine disparaît peu à peu.

Le 29 novembre, on tente une cystoscopie, qui est impossible; la capacité vésicale est à peine de 40 cc. On fait des instillations quotidiennes et la malade, qui garde de la pollakiurie et de la dyspnée, quitte le service le 11 décembre. Des liquides colorants injectés dans la vessie, sous faible tension il est vrai, ne filtrent pas dans le vagin. La fistule semble guérie. Comme d'habitude, la malade est priée de venir se montrer six semaines plus tard.

Elle revient donc à la fin de janvier 1908. La pollakiurie a disparu, les urines sont claires et la capacité vésicale est de 100 cc. La malade dit qu'elle n'est jamais mouillée.

Le 15 juin 1908, elle se fait réadmettre à la clinique.

Depuis le mois de février, elle a recommencé à perdre les urines par le vagin. Il y a de la rougeur de la vulve et du périnée; l'utérus est revenu à sa taille normale et toute trace d'infiltration a complètement disparu, mais, à 2 centimètres en arrière de l'orifice externe du col, est une fistule des dimensions d'une pièce de 50 centimes, qui laisse suinter de l'urine dans la position debout. La capacité vésicale est retombée à 60 cc.; les urines sont de nouveau troubles.

Préparation de la malade : Lotions à l'eau d'Alibour; injections alcalines; lavages de la vessie au protargol; urotropine et pilules de collargol.

Opération (26 juin) (Reeb). — Anesthésie à l'éther.

L'utérus est attiré assez facilement. La fistule est circonscrite par une incision, poussée très loin latéralement à travers le cul-de-sac antérieur; la vessie est peu à peu décollée jusqu'au cul-de-sac péritonéal. L'hémorragie est assez importante et très gênante. L'orifice vésical est gros comme un pois; il est fermé par une bourse, ne prenant que la sous-muqueuse, au catgut fin. Les bords vaginaux sont rapprochés et exactement coaptés par des points séparés de catgut plus fort, prenant largement les tissus. On vérifie l'étanchéité, qui est parfaite.

Tampon vaginal. Sonde à demeure.

Guérison sans incidents. La sonde est retirée au douzième jour, complètement, après n'avoir été laissée que la nuit après le septième jour. La malade a été revue complètement guérie. La capacité vésicale était, trois mois après l'opération, de 250 cc.; mictions non douloureuses, à peine plus fréquentes que normalement.

OBSERVATION XXIII.

Grosse fistule vésico-cervico-vaginale « post partum ». — Opération combinée : abdomino-vaginale; inclusion de l'utérus dans la vessie après stérilisation. — Guérison.

S... (Emilie), 32 ans, mariée, sans profession.

Deux accouchements normaux. Le troisième a dû être terminé par une prise pénible de forceps. Quatre jours après, écoulement d'urines par le vagin. La malade vient à la clinique, huit semaines après l'accouchement (février 1912).

Examen. — Femme amaigrie, faible. Vulve, plis inguinaux rouges, avec de petites érosions superficielles. De la vulve, suinte continuellement de l'urine. L'urètre est normal. Au spéculum, on voit une fistule dont le bord inférieur est taillé aux dépens de la lèvre antérieure du col cicatrisé. Si l'on tire fortement en bas la lèvre postérieure, l'utérus n'obéit pas à la traction.

On décide d'intervenir par laparotomie et, dans un second temps immédiat, par le vagin.

Opération (Schickelé). — Anesthésie à l'éther.

1° *Laparotomie médiane.* — Double ligature des trompes et péritonisation des moignons. Section transversale du péritoine vésical, qui est largement adhérent à la paroi antérieure de l'utérus. Décollement de la vessie, également adhérente au péritoine et à l'utérus; un tissu dur et fibreux est coupé au bistouri, en rasant le plus près possible la paroi utérine. Ouverture de la vessie, dans laquelle on aperçoit à ce moment le moignon de la lèvre antérieure du col. Les bords inférieurs et latéraux de la fistule sont séparés le plus possible de la paroi antérieure du vagin. On se trouve alors en présence d'une fente béante, large d'au moins trois doigts. On passe deux fils, sans les couper, à travers le corps utérin, et on les abandonne dans la lumière du vagin; le col utérin est alors amené dans la vessie. La paroi vésicale est suturée, sans prendre la muqueuse, à la paroi utérine. Pour couvrir cette suture, on réunit le péritoine de la vessie au péritoine de la paroi postérieure de l'utérus. Fermeture de la paroi abdominale.

2° *Temps vaginal.* — La lèvre postérieure du col se laisse maintenant beaucoup mieux abaisser. Incision curviligne, à partir de laquelle on continue le décollement de la vessie et du vagin jusque dans la région des culs-de-sac; la moitié inférieure de la fistule est ainsi bien exposée, et ses bords ne sont plus tendus. La grandeur de l'orifice et les conditions topographiques particulières font qu'une suture de la muqueuse vésicale n'est pas à envisager. Pour repousser le plus possible le col dans le cul-de-sac vaginal postérieur, on tire sur les fils passés dans le corps utérin au cours de la laparotomie. La paroi antérieure de l'utérus apparaît alors et couvre l'orifice de la fistule. Pour la fixer dans cette position, on enlève les deux fils et on tire fortement sur un Museux placé dans la région de l'orifice interne; le corps utérin se trouve ainsi dans la fistule. Comme dans le Schauta-Wertheim, on coud la paroi antérieure de l'utérus aux bords vaginaux de façon que, les fils serrés, cette paroi utérine soit complètement recouverte de vagin. Sonde à demeure.

Suites opératoires. — La température reste normale. Au cours de la deuxième semaine, la malade est un peu mouillée; au spéculum, lorsque la vessie est pleine, il semble que dans le fond du vagin, à droite, un peu de liquide filtre. A partir de la troisième semaine, le vagin reste complètement sec. Les mictions ne sont pas douloureuses et ne dépassent pas la fréquence de toutes les trois heures. Capacité vésicale : 300 cc. Le liquide colorant n'apparaît pas dans le vagin.

Cystoscopie. — La vessie a une forme irrégulière, comme si elle était composée de deux lobes, le droit beaucoup plus grand que le gauche. Sur sa paroi postérieure, on voit l'utérus qui fait saillie dans la cavité et se distingue très bien de la muqueuse vésicale, qui est le siège d'une inflammation légère. La capacité physiologique est de 370 cc.; la capacité artificielle de 400 cc.

Examen de sortie. — Vagin rétréci en entonnoir. La lèvre postérieure du col est plaquée contre le cul-de-sac postérieur. Corps utérin en avant presque horizontal.

Quatre ans après, la malade est revue; la guérison s'est intégralement maintenue.

OBSERVATION XXIV.

Fistule cervico-vésicale « post-partum ». — Dédoublement : réfection du col. — Guérison parfaite.

N... (Thérèse), 38 ans, mariée, sans profession.

Antécédents héréditaires et personnels sans particularités.

Six accouchements de 1902 à 1914; l'un d'eux doit être terminé par forceps (gros enfant). En 1917, fausse-couche de dix semaines.

En août 1919, septième accouchement, à terme, très long; l'enfant, en présentation du sommet, est mort-né; pas d'intervention. Durée du travail : trois jours.

Vingt jours après l'accouchement, suivi d'infection puerpérale, la malade remarque qu'elle perdait continuellement les urines, sans brûlures ni douleurs d'aucune sorte.

Admise le 10 octobre 1919.

Examen. — Bon état général. Pas d'irritation cutanée. La lèvre antérieure du col manque presque complètement; il n'en reste qu'un petit moignon cicatriciel.

Utérus en antéflexion, mobile, de taille normale. Rien aux annexes. Du liquide coloré injecté par la vessie ressort par le col.

Urines troubles, contenant de nombreux leucocytes et une flore microbienne très riche.

Préparation de la malade par lavages vésicaux (la capacité est fortement diminuée) et instillations d'huile goménolée.

Une *cystoscopie*, dès qu'elle est possible, montre que la fistule siège très près de l'orifice urétéral gauche.

Opération (14 octobre) (Schickelé). — Anesthésie à l'éther.

On attire le col, saisi solidement par sa lèvre inférieure. Incision transversale juste au-dessus de l'orifice externe; la vessie est détachée avec lenteur et précaution à la sonde cannelée, en partant des parties latérales du col. On arrive sur un orifice vésical plus gros qu'un pois; cette perte de substance est fermée par un catgut faufilé en bourse, invaginant la muqueuse dans la cavité vésicale. La difficulté réside maintenant en ce qu'il faut éviter une cicatrisation formant sténose du col, la lèvre antérieure étant presque complètement détruite. Après avoir fixé la portion de la vessie située sous la fistule, au col, on suture le bord de la muqueuse vaginale au moignon de la lèvre antérieure du col. Tout est maintenant recouvert de muqueuse. Dans la cavité utérine, on introduit une sonde pour assurer le nouvel orifice externe.

Tampon vaginal. Sonde à demeure.

La sonde est retirée la journée après six jours, et définitivement au bout de douze. Les sutures sont restées parfaitement étanches, et la malade, qui a quitté le service le 27 octobre, restait deux mois après parfaitement guérie; il n'y avait aucun trouble de la menstruation et les mictions étaient en tout point normales.

OBSERVATION XXV.

Fistule cervico-vaginale « post partum ». — Fermeture par le procédé de Küstner. — Guérison.

S... (Marie), 36 ans.

En novembre 1925, accouchement laborieux à domicile terminé par forceps; enfant mort. Pendant trois semaines, suites fébriles, nombreux frissons, ventre très ballonné, et, trois jours après l'accouchement, incontinence urinaire, qui persiste depuis, attribuée par son médecin à de la paralysie vésicale.

Examen. — Utérus en position intermédiaire, bien évolué. Au spéculum, la lèvre antérieure semble avoir disparu, remplacée par une cicatrice fibreuse irrégulière portant une fistule. En attirant la lèvre postérieure avec un Museux, apparaît alors la lèvre antérieure, en grande partie intacte, et sur laquelle se trouve l'abouchement de la fistule de près de 1 centimètre de diamètre, et dont les bords sont taillés dans la paroi antérieure du col. Urines claires.

Opération (1^{er} avril 1926) (Schickelé). — Anesthésie rachidienne.

Incision transversale du vagin au-dessus de la fistule; en poursuivant cette incision circulairement autour du col, on arrive à mobiliser largement l'utérus et à séparer complètement la vessie du col; le péritoine vésico-utérin n'a pas été ouvert. L'orifice vésical n'est pas suturé, mais fixé au col; la grande incision utéro-vaginale est prise par de larges sutures aux fils d'argent. Sonde à demeure. Tampon vaginal.

Suites très simples. Le 9, la sonde est retirée le jour, et définitivement le 13. Le 12, les fils ont été enlevés : excellent aspect de la cicatrice. Les mictions sont peu douloureuses, mais très fréquentes. La cystite est traitée par les moyens habituels, et, le 20, la malade quitte la clinique, guérie. La guérison se maintenait trois mois après.

OBSERVATION XXVI.

Fistule cervico-vésicale après section césarienne basse.

Dédoublement : reconstitution du canal cervical. — Guérison.

C... (Joséphine), 34 ans.

Pas d'antécédents pathologiques notables.

En 1923, accouchement à terme : enfant mort-né, après rupture prématurée de la poche des eaux.

Le 14 août 1925 admise à la clinique obstétricale : en travail. Poche rompue depuis quatre jours, flots de méconium, dilatation complète; la tête appuie simplement sur le détroit supérieur. On se décide pour une section césarienne basse, au cours de laquelle, en terminant les sutures de l'utérus, sur l'angle inférieur de l'incision, l'aiguille pénètre dans du tissu blanchâtre, qui semble situé au-dessous de la vessie refoulée; du liquide très clair, à peine coloré, s'écoule, et comme, à la fin de l'intervention, le cathétérisme montre que la vessie est remplie d'une urine très foncée, on en conclut qu'on a ouvert un kyste rétropéritonéal.

Huit jours après, on constate dans le vagin un écoulement de liquide clair ressemblant à de l'urine, et bientôt le doute n'est plus permis : il y a une fistule située un peu à gauche et tout près de la lèvre antérieure du col; ses dimensions sont celles d'une pièce de 50 centimes. Du bleu de méthylène injecté dans la vessie reflue par le vagin. Trois semaines plus tard, après une poussée de pyélite, la fistule semble se fermer, et la malade quitte la clinique le 30 octobre, ne perdant plus ses urines.

Elle revient le 2 novembre; dès sa rentrée chez elle, elle s'est sentie mouillée; elle n'a plus de mictions normales.

A l'examen on constate: utérus en antéflexion mobile, bien involué. La lèvre supérieure du col est très amincie, et, trois ou quatre millimètres au-dessus d'elle, on retrouve la fistule, dont le diamètre est de un demi-centimètre à peu près; les bords paraissent encore relativement souples.

Sédiment urinaire : nombreux microbes et leucocytes.

On donne quotidiennement 1 gr. 50 d'urotropine et on fait des

instillations de nitrate d'argent à 1 p. 100; les urines deviennent rapidement claires.

Opération (20 novembre 1925) (Schickelé). — Anesthésie rachidienne.

Incision transversale de la paroi vaginale tout près de l'orifice externe du col, entre celui-ci et la fistule. On décolle le lambeau vaginal d'avec la vessie. La lèvre antérieure du col est fendue dans le sens longitudinal pour reconstituer le canal cervical. La perte de substance vésicale est bientôt mise à nu, détachée complètement du tissu cicatriciel; la paroi antérieure du col est largement étalée. L'ouverture de la vessie est presque perméable pour un doigt. Sutures isolées de la vessie au catgut fin. Quatre points prennent la vessie pour la fixer à la paroi cervicale antérieure de sorte que cette ligne de suture se trouve au-dessous de la fistule. Enfin, sutures du canal cervical et de la muqueuse vaginale.

Une mèche est introduite dans le canal cervical et une autre légèrement tassée dans le vagin. Sonde à demeure.

Le 21 novembre, le tampon vaginal est enlevé. Des urines sanglantes passent par la sonde. Urotropine.

Le 22 novembre, on change la sonde à demeure; urines claires. Aucune réaction fébrile.

Le 24 novembre, on enlève la mèche cervicale; la sonde est renouvelée.

Le 28 novembre, la sonde est enlevée la journée, remise la nuit. La malade urine bien.

Le 2 décembre, la sonde est complètement enlevée. La malade ne se mouille pas.

Le 3 décembre, la malade se lève. Mictions normales comme fréquence et quantité. Le vagin reste sec.

Le 7 décembre, quitte le service et a été revue, guérie, six semaines plus tard.

OBSERVATION XXVII.

Fistule uréthro-vaginale pathologique (abcès urétral).

Dédoublement. — Guérison.

J... (Marie), 31 ans, célibataire, servante.

Antécédents sans particularités.

Il y a six mois, aurait eu un abcès sous-urétral volumineux, qui se serait ouvert spontanément. L'origine n'a pu être établie par le médecin traitant. Depuis lors, elle a remarqué qu'elle se mouille au moment des mictions, qui sont suivies de fortes brûlures. Entre les mictions, d'ailleurs fréquentes, elle reste sèche.

Se fait admettre au service le 15 octobre 1901.

Examen. — Femme bien constituée, en très bon état général.

Légères excoriations au niveau de la fourchette et autour de l'anus, où la peau est rouge. Le méat urétral semble repoussé en haut par une induration diffuse, qui remonte à deux ou trois centimètres dans le vagin et qui porte à son extrémité un orifice très irrégulier, à bords rétractés, qui admet un Hégar n° 6, lequel arrive dans l'urètre, puis dans la vessie.

Col de nullipare. Utérus normal. Régions annexielles complètement libres.

Cystoscopie : lésions diffuses de cystite légère; rien d'autre à signaler.

Opération (22 octobre) (Fehling). — Anesthésie à l'éther-chloroforme.

Autoplastie simple, par dédoublement; on abrase deux bandes de muqueuse vaginale indurée. Les sutures se font néanmoins sans tension. Sonde à demeure.

Suites très simples. La sonde est enlevée le sixième jour, et la malade part guérie le treizième jour; les mictions sont encore un peu douloureuses.

Elle a été revue six semaines plus tard; l'induration a disparu et les mictions sont tout à fait normales.

OBSERVATION XXVIII.

Fistule uréthro-vaginale « post partum ». — Dédoublement. — Suture en deux plans. — Guérison.

M... (Catherine), 30 ans, mariée.

Accouchement le 27 décembre 1910, à Landau : on a fait une symphyséotomie et extrait au forceps un très gros enfant (12 livres), mort de coqueluche à trois mois.

Treize jours après l'opération, suivie d'infection puerpérale, elle fait des embolies multiples : paralysie du bras droit et de la jambe gauche.

Dès l'accouchement, elle ne peut plus garder les urines ou plutôt se mouille pendant les mictions, et souffre de douleurs lombaires. Admise à la clinique le 26 juin 1911.

Examen. — Grosse femme, en très bon état général. Grande déchirure du périnée, mais le rectum n'est pas intéressé. Eczéma de la vulve et des plis génitocruraux. Fistule de la paroi antérieure du vagin, dans la région de l'urètre, sur plus de 3 centimètres de long et 1 de large. On passe facilement le doigt dans l'urètre. Urines claires.

Préparation de la malade, en particulier nettoyage des régions eczémateuses. Une angine, avec fièvre élevée, retarde l'opération jusqu'au 25 juillet.

Opération (25 juillet) (Fehling). — Incision curviligne, à concavité antérieure, sous l'orifice externe de l'urètre, arrivant par le sommet de sa courbe à la limite inférieure de la fistule. La muqueuse urétrale est très déchiquetée; on la suture à part au catgut fin, en ne prenant que la sous-muqueuse. On décolle le lambeau supérieur le plus loin possible. Puis le lambeau inférieur est ramené vers la symphyse et suturé aux tissus sous-symphysaires, cependant qu'après avivement et suture des bords de la fistule, le lambeau supérieur profond est plissé sur le précédent, auquel on le fixe par six points aux crins placés sur des boutons de nacre. Tampon vaginal. Sonde à demeure.

La sonde est changée le quatrième jour, puis toutes les quarante-huit heures, jusqu'au douzième jour, où elle est complètement supprimée. Ablation des crins le dixième jour. Guérison complète, sans incontinence.

OBSERVATION XXIX.

Fistule vésico-vaginale après hystérectomie vaginale pour cancer du col. — Colpocléisis : mort par urémie quatre mois après.

P... (Elisabeth), 51 ans, mariée, sans profession.

A été opérée en septembre 1901 pour cancer du col : on a fait l'extirpation vaginale totale. Une fistule vésico-vaginale a été constatée quinze jours après.

Elle vient demander la guérison de cette fistule le 12 novembre 1901.

Examen. — Mauvais état général; les forces déclinent; notable amaigrissement.

Le vagin est fermé en cul-de-sac, très court. Sur la paroi antérieure, à gauche, fistule des dimensions d'une pièce de cinquante centimes, à bords très épais. Dans le paramètre droit, on sent une masse très dure, insensible, immobile, qui se dirige comme un coulée vers l'épine sciatique. Le rectum lui-même n'est pas envahi par la récédive, la vessie non plus.

Opération (18 novembre 1901) (Fehling). — Colpocléisis.

Anesthésie au chloroforme.

Avivement circulaire du vagin, large de trois centimètres, et au-dessous de la fistule; suture des deux demi-circonférences latérales par des fils d'argent.

Les fils sont enlevés le quinzième jour; cicatrisation *per primam*. La malade part le vingtième jour; elle ne se mouille plus.

Décès quatre mois après, par urémie progressive.

OBSERVATION XXX.

Fistule après Wertheim. — Echec de deux colpocléisis.

J... (Babette), 40 ans. Opérée en 1901, à Landau, de cancer du col, par voie abdominale. Une fistule s'en est suivie, contre laquelle on a fait la fermeture du vagin en 1902, mais les sutures ont lâché

après une forte poussée fébrile, et l'incontinence d'urine a persisté.

Admise le 19 janvier 1903.

Examen. — Pas de récurrence apparente du cancer. Les urines s'écoulent par la partie droite du vagin, qui s'est rouvert; la partie gauche reste bien fermée.

Urines troubles.

Opération (29 janvier 1903) (Fehling). — Sans anesthésie.

La brèche est suturée à plat par deux fils d'argent et trois points de catgut. On ne met pas de sonde à demeure.

Suites. — Le quatrième jour, quand la malade se couche sur le côté droit, elle est de nouveau mouillée. Mictions spontanées, peu douloureuses. Fièvre à 38 degrés.

Fils enlevés le treizième jour; on remarque une petite ouverture, de un à deux millimètres, par laquelle suinte l'urine. La fièvre est maintenant tombée.

Départ de la malade le 22 février. Elle conserve les urines, sauf en décubitus latéral droit ou dans la position inclinée de ce côté, debout ou assise. Mictions encore douloureuses.

Décédée en 1904, de récurrence de cancer, avec métastase vertébrale.

OBSERVATION XXXI.

Grosse fistule après Wertheim pour cancer du col.

Colpoclélisis.

E... (Marguerite), 45 ans, mariée, garde-barrière.

Le 23 septembre 1905, a subi une hystérectomie élargie à la Wertheim, pour cancer du col. Les suites ont été troublées par divers accidents : menaces d'iléus, cystite et pyélonéphrite, qui se sont assez rapidement calmées; mais la malade a gardé de l'incontinence d'urine, pour laquelle elle entre à la clinique le 29 octobre 1905.

Examen. — Etat général satisfaisant, bien qu'il persiste un certain degré d'anémie.

Paroi abdominale bien cicatrisée.

Vagin très court, fermé en cul-de-sac, souple. Grosse fistule de

deux centimètres de diamètre à la partie gauche du cul-de-sac. L'urine coule constamment par cette fistule. La malade, très soigneuse, n'a que très peu d'érythème des téguments avoisinant la vulve, mais la muqueuse vaginale est fortement macérée. Urines claires.

Opération (2 novembre 1905) (Reeb). — Anesthésie à l'éther-chloroforme.

Le vagin étant très macéré aux abords de la fistule, l'avivement circulaire est placé assez bas. Sutures aux fils d'argent. Sonde à demeure.

Guérison *per primam*. La malade reste sèche. Nouvelle poussée de cystite, traitée par les moyens habituels.

Quitte le service le 22 novembre.

A été perdue de vue depuis.

OBSERVATION XXXII.

Fistule vésico-vaginale après hystérectomie vaginale pour cancer du col. — Colpocléisis. — Résultat assez satisfaisant.

B... (Marie), 47 ans, célibataire, servante.

Hystérectomie vaginale en décembre 1903 pour cancer endocervical; le décollement de la vessie, très adhérente à l'utérus, aurait été particulièrement pénible. Une grosse fistule a été constatée le sixième jour. Depuis lors, la malade est constamment mouillée.

Admise à la clinique le 11 janvier 1906.

Examen. — Bon état général. Vagin en entonnoir, très court; le fond est mal cicatrisé. Grosse fistule, perméable pour le petit doigt, dans l'angle droit du cul-de-sac terminal, conduisant directement dans la vessie.

Urines très troubles.

Lavages de vessie; irrigations vaginales biquotidiennes.

Opération (18 janvier 1906) (Zimmermann). — Colpocléisis. — Anesthésie au chloroforme.

Avivement circulaire de 2 centimètres de largeur en moyenne. Adossement des deux demi-circonférences antérieure et postérieure (celle-ci a été placée le plus haut possible) aux fils d'argent.

Cicatrisation *per primam*.

Cystite intense dans les suites opératoires, qui a nécessité six semaines de traitement. Mictions encore très douloureuses à la sortie de l'hôpital, mais la malade reste sèche.

Un an plus tard, le néoplasme ne paraissait pas avoir récidivé. Les mictions restaient fréquentes et douloureuses, par poussées de quelques jours.

OBSERVATION XXXIII.

Petite fistule vésico-vaginale après Wertheim pour épithélioma du col. — Guérison spontanée.

D... (Eugénie), 29 ans, célibataire, servante.

Antécédents sans particularités.

Vient à la clinique, le 25 septembre 1907, pour métrorragies. On constate une ulcération suspecte sur la lèvre antérieure du col; les paramètres sont libres. L'examen histologique de la biopsie du col répond : épithélioma.

Le 28 septembre, *opération* de Wertheim, avec simple drainage vaginal par mèche. Les suites sont un peu troublées par des accidents pulmonaires. Au douzième jour, on constate une petite fistule de la dimension d'une grosse tête d'épingle, par laquelle l'urine suinte; du lait injecté dans la vessie passe par cette fistule s'il est sous une certaine tension. On traite la cystite concomitante et, en quinze jours, les bords de la fistule se nettoient, granulent et se rejoignent. L'incontinence disparaît définitivement.

OBSERVATION XXXIV.

Fistule vésico-vaginale après hystérectomie vaginale et colporrhaphie pour prolapsus. — Guérison spontanée.

Stich... (Odile), 70 ans, mariée, sans profession.

Admise le 13 mai 1924 pour prolapsus. Neuf accouchements, dont un gémellaire; le dernier en 1891.

Au moment de la ménopause, on constate chez elle une descente antérieure et postérieure. Il y a dix ans, elle a porté des pessaires,

mais ou ils étaient trop petits et n'assuraient pas la contention cherchée, ou bien ils irritaient la muqueuse vaginale, aussi les a-t-elle rapidement abandonnés.

Depuis un an, elle souffre de pollakiurie et de brûlures à la fin de la miction.

On constate une descente complète de la paroi antérieure du vagin, entraînant la vessie, et une descente presque complète de la paroi postérieure. Le col est très allongé; l'orifice externe béant, bordé d'ulcérations.

Opération, le 16 mai (Keller). — Hystérectomie vaginale avec an-nexe. Colporraphie antérieure et colpopérinéorraphie.

Le 20 mai, de l'œdème apparaît au niveau des grandes lèvres, la température monte à 38°8. Les sutures faites au catgut sautent et un fort écoulement vaginal apparaît.

Le 4 juin, on constate un net écoulement d'urine dans le vagin.

Examen. — Enorme nécrose de la paroi antérieure du vagin. Après avoir détaché les tissus nécrosés, on constate une petite communication avec la vessie. Du liquide colorant est retenu jusqu'à 100 cc. dans la vessie; cette quantité dépassée, il coule lentement dans le vagin.

Le 17 juin, la nécrose est arrêtée; la réparation commence. La malade est presque constamment mouillée.

Le 25 juin, la surface de nécrose est tout entière recouverte par du tissu de granulation. La malade n'est plus mouillée.

Le 27 juin, la vessie tolère 200 cc.; le surplus est expulsé par l'urètre.

Le vagin est complètement sec.

La malade quitte le service, guérie; elle l'était encore deux mois après.

CONCLUSIONS

I. — Les opérations vaginales doivent rester les opérations de choix dans le traitement des fistules vésico-vaginales. Leurs plus grands avantages sont d'être particulièrement bénignes et de se prêter mieux que toutes autres à des réinterventions ultérieures en cas d'échecs, dont nulle méthode ne met sûrement à l'abri.

II. — Les dispositions anatomiques souvent invoquées contre la voie basse augmentent sans doute les difficultés, mais celles-ci restent très souvent surmontables. Au surplus, elles ne font pas défaut, dans les mêmes conditions, si l'on emprunte la voie haute.

III. — Le procédé du dédoublement est celui qui trouve les indications les plus nombreuses. L'opération de Küstner est à retenir pour les fistules juxta-cervicales et la méthode de Braquehay pour celles du trigone, avoisinant les uretères.

IV. — Les procédés vaginaux, bien choisis et bien maniés, donnent un pourcentage de succès qui n'est guère inférieur à ceux obtenus par les plus heureuses séries de la voie sus-pubienne. Dans la statistique intégrale de ces trente dernières années de la Clinique gynécologique de la Faculté de Médecine de Strasbourg, nous avons relevé 73 p. 100 de guérisons définitives.

V. — Les procédés indirects, qui donnent une guérison de très médiocre qualité, sont des procédés de nécessité et doivent être de moins en moins employés.

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 5 mars 1930.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

ABADIE (J.). — Des avantages de la position de Depage dans la cure opératoire des fistules vésico-vaginales. Congrès français de chirurgie, Paris, 1920, p. 549.

—, La position de Depage pour la cure opératoire des fistules vésico-vaginales. *Bull. et mém. Soc. nat. de chir.*, Paris, 1924, p. 1088.

ACQUAVIVA. — Deux fistules vésico-vaginales guéries par dédoublement. *Bull. Soc. de chir. de Marseille*, oct. 1906.

AUVRAY. — Cancer du col utérin guéri par le radium depuis plus de cinq ans. Fistule vésico-vaginale traitée d'abord sans succès par la voie haute transpéritonéale et guérie par la voie vaginale. *Bull. et mém. Soc. de chir.*, 1927, p. 1927.

BÉGOUIN (P.). — Utilité du double plan de suture vésical et vaginal dans le traitement des fistules vésico-vaginales par la méthode du dédoublement. *Ass. franç. de chirurgie*, p. V., Paris, 1905, p. 318.

BENGOLEA (A.-J.). — Fistula vesico-vaginal con desaparicion absoluta de la pared vaginal y desincercion, cuerda por primera intencion. *Bol. Y trab. de la Soc. de Cirurg. de Buneos-Aires*, 1924, VIII, p. 646.

BRAQUEHAYE (J.). — Traitement de la fistule vésico-vaginale par un procédé opératoire nouveau. XIII^e Congrès de chirurgie, 1899.

BRETZ (N.). — Durch kombinierte abdominale und vaginale Operation geheilte grössere Blasenscheidenfisteln. *Monatschr. für Gebutsch. und Gynäk.*, 1925, Bd. 69.

BRODHEAD (G.). — Fermeture spontanée d'une large fistule vésico-utérine. *Medical Record*, 1922, New-York.

- BUZZI. — De la voie transpéritonéo-vésicale. Thèse Paris, 1923.
- CAZAMAYOR. — Nouveau procédé opératoire des fistules vésico-vaginales. *Gazette des hôpitaux*, 1901, p. 811.
- CHAPOY. — La méthode de Braquehayé dans le traitement des fistules vésico-vaginales. Thèse Paris, 1904.
- CHEVAL (Max). — Fistule vésico-vaginale produite quarante-huit heures après le début d'une application correcte de radium vaginal. *Bull. Soc. belge de gyn. et obstétr.*, juill. 1925.
- CHEVASSU. — Suture par voie suspubienne, transvésicale, d'une fistule vésico-vaginale rebelle; guérison. *Bull. Soc. de chir.*, Paris, 1912.
- COCURAL (L.). — Des procédés de dédoublement dans le traitement des fistules vésico-vaginales; essai sur leur valeur comparative. Thèse Paris, 1905.
- DAVALOS (A.). — De la voie transvésicale dans la cure des fistules vésico-vaginales. Thèse Paris, 1920.
- DITTEL. — Abdominale Blasenscheidenfisteln-Operation. *Klin. Wochenschr.*, Wien, 1893.
- DODERLEIN et KRONIG. — Operative gynäkologie, Leipzig, 1912.
- DUBOUÉ. — Mémoire sur l'emploi d'un nouveau procédé autoplastique ou à lambeaux dans l'opération de la fistule vésico-vaginale. *Bull. et mém. Soc. de chir.*, Paris, 1865, p. 417.
- DUPIN (J.-L.). — Quel est le meilleur traitement opératoire des fistules vésico-vaginales ? Résultats comparés des diverses méthodes. Thèse Bordeaux, 1906.
- GRAFF (Erwin). — Heilung einer puerperalen Blasenscheidenfistel durch Einpflanzung der Ureteren in den Darm. *Monatschr. für Geburtsh. u. Gynäk.*, Bd. 72, 1926.
- FAURE ET SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.
- FERRAN (T.). — Fistules vésico-vaginales, opérées par la voie vaginale. *Arch. franco-belges de chirurgie*, t. XXVII, Bruxelles, 1925.
- FORGUE et MASSABUAU. — Gynécologie.
- FOURNIER et GAY. — Guérison opératoire d'une fistule vésico-vaginale. *Bull. de Soc. obstétr. et gynéc. de Toulouse*, p. 342, 1923.

- FRANKEL (L.). — Die Operation komplizierter Blasen-Scheidenfisteln. *Zentralbl. f. Gynäk.*, Leipzig, 1924, p. 2562.
- FRANCEY (F.). — Cure des fistules vésico-vaginales par la voie trans-vésicale. Thèse Paris, 1914.
- FUCHS (H.). — Harnleiterdrainage nach der Operation tiefliegender Blasenscheidenfisteln. *Zentralbl. f. Gynäk.*, Bd. 14, 1926.
- FUTH (H.). — Zur Operation der Blasenscheidenfisteln. *Arch. für Gynäk.*, p. 488, Berlin, 1918.
- HALBAN (J.). — Zur Therapie der Blasenfisteln bei Frauen. *Arch. Gynäk.*, Berlin, 1918, p. 488.
- HANNES (W.). — Cystoskopische Befunde bei operativ geheilten Blasenscheidenfisteln. *Zentralbl. f. Gynäk.*, Leipzig, 1907, Bd. XXXI.
- HARTMANN. — A propos du traitement des fistules vésico-vaginales. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, p. 907, 1903.
- JORGE (J.). — Urethro-vesico-vaginal plastik. *Semana medic.*, n° 37, 1923.
- JUDD (E.). — *The Operative Treatment of Vesico-Vaginal Fistulae.* *Surg., Gynec. a. Obstetr.*, Chicago, 1920, XXX.
- KEHRER (E.). — Zur Operation grosser, am Schambein fixierter Blasenscheidenfisteln. — *Zentralbl. f. Gynäk.*, Leipzig, 1923, p. 1585.
- KLEIN (C. von). — Zur perperitonealen Operation schwer zugänglicher Blasenscheidenfisteln. — *Zentralbl. f. Gynäk.*, Leipzig, 1921, p. 672.
- KLIKA (Milos). — Heilung einer vesico-voginalfistel durch Koagulation. *Brateslawke Läkarske Listy*, Jd. 7, 1925.
- KULENKAMPFF (D.). — Die operation der Blasenscheidenfisteln ohne Specula. *Zentralbl. f. Gynäk.*, n° 30, 1927.
- KUSTNER (O.). — Die plastische Verwendung der Portio supravaginalis zum Verschluss von Blasenscheidenfisteln. *Zentralbl. f. Geburtch. u. Gynaäk.*, Stuttg., 1902, p. 453.
- Die Operation der Blasenscheidenfisteln unter Benutzung der vorderen Cervixwand. *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, Stuttgart, 1910, p. 603.
- Die metroplatische Operations methode der Blansencervixfisteln. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Stuttgart, 1911, p. 402.

LATZKO (W.). — Blasenscheidenfisteln; Lappenplastik. *Zentralbl. f. Gynäk.*, Jd. 51, 1927.

LAURENTIE. — Fistule urétro-vaginale d'origine obstétricale, cystite, ablation d'un gros calcul vésical par cystostomie et guérison spontanée consécutive de la fistule. *Bull. Soc. de gyn. et obstétr.* de Toulouse, 1924.

LEGUEU (F.). — De la voie transpéritonéo-vésicale pour la cure de certaines fistules vésico-vaginales opératoires. *Arch. urolog. des Clin. de Necker*, Paris, 1913, et *Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, 1919, p. 170.

— Valeur comparative des opérations pour fistules vésico-vaginales. *Bull. et mém. Soc. de chir.*, Paris, juill. 1928.

LEAN (Mac). — Progressive Operation for Large Vesicovaginal Fistula. *Tr. Am. Gynec. Soc. Philadelphie*, 1906, p. 350.

MAISS. — Fisteln nach vaginaler Uterusextirpation. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1925, Bd. 69.

MAUCLAIRE. — Clinique chirurgicale de la Charité. *Progrès médical*, 1913.

OTTOW (B.). — Uber konservative Therapie der Blasenscheidenfisteln mittels Elektrocoagulation. *Zentralbl. f. Gynäk.*, 1927, Bd. 51.

PERRIN (M.). — Contribution à l'étude du traitement des fistules vésico-vaginales par la méthode du dédoublement. Thèse de Nancy, 1903.

PÉTERSON (B.). — Transplantation des uretères dans l'intestin pour assurer un sphincter dans une fistule vésico-vaginale incurable. *Surg. Gyn. a. Obstetr.*, Chicago, 1928.

POUSSON. — L'opération transvésicale des fistules vésico-vaginales. *Archives provinciales de chirurgie*, Paris, 1894.

RASTOUIL. — Traitement des fistules vésico-vaginales par mon procédé ou procédé mixte des dédoublements. *Arch. provinciales de chirurgie*, Paris, 1907, p. 391.

ROEDER (C.-A.). — Une technique pour la réparation d'une large fistule vésico-vaginale. *Surg. Gyn. a. Obstetr.*, p. 102, 1927.

ROEGHOLT. — Etwas über den operativen Verschluss einer vesico-

vaginal-fistel. *Nederlandsch. Maandschr. v. Geneesk.*, p. 259, 1924.

ROLANDO (S.). — Nuevo proceso operativo por il tattamento della fistola vesico-uterina. *Folia Gynæcologica*, 1926.

SCHICKELÉ. — Der operative Verschluss seltener Blasenscheidenfisteln. *Beitr. z. Klin. Chir.*, Tübingen, 1906, p. 349.

SCHMID (H.-H.). — Blasenscheidenfistel geheilt durch freie Faszeintransplantation. *Zeitschr. f. Gyn. u. Urol.*, Leipzig, 1913, Bd. IV.

SFAMENI (P.). — Fistole vesico-vaginale d'origine criminosa. *La ginecologia*, Firenze, 1911.

SOLMS. — Blasenscheidenfisteln-operation mittels utero-vaginaler Interposition der Plica. *Zentralbl. f. Gyn.*, n° 37, 1920.

STURMDORF. — Occlusion permanente d'une fistule vésico-vaginale incurable par trachéoplastie. *Surg. Gyn. a. Obstetr.*, n° XII, 1925.

TEYNAC. — De la cystostomie préliminaire appliquée au traitement des fistules vésico-vaginales. Thèse de Bordeaux, 1895.

THIERS (L.). — Contribution à l'étude du traitement des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale ou opération de Trendelenburg. Thèse de Lyon, 1904.

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION.....	11
CHAPITRE I. — Historique.....	13
CHAPITRE II. — Étiologie.....	17
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique.....	21
CHAPITRE IV. — Symptômes; évolution.....	25
CHAPITRE V. — Quelques points de la thérapeutique communs à tous les procédés vaginaux.....	27
CHAPITRE VI. — Les différents procédés vaginaux; leur valeur.....	34
CHAPITRE VII. — Les opérations combinées.....	44
CHAPITRE VIII. — Procédés indirects.....	46
CHAPITRE IX. — Indications et contre-indications de la voie vaginale. Essai de comparaison avec la voie haute.....	49
CHAPITRE X. — Observations.....	56
CONCLUSIONS.....	103
BIBLIOGRAPHIE.....	105

